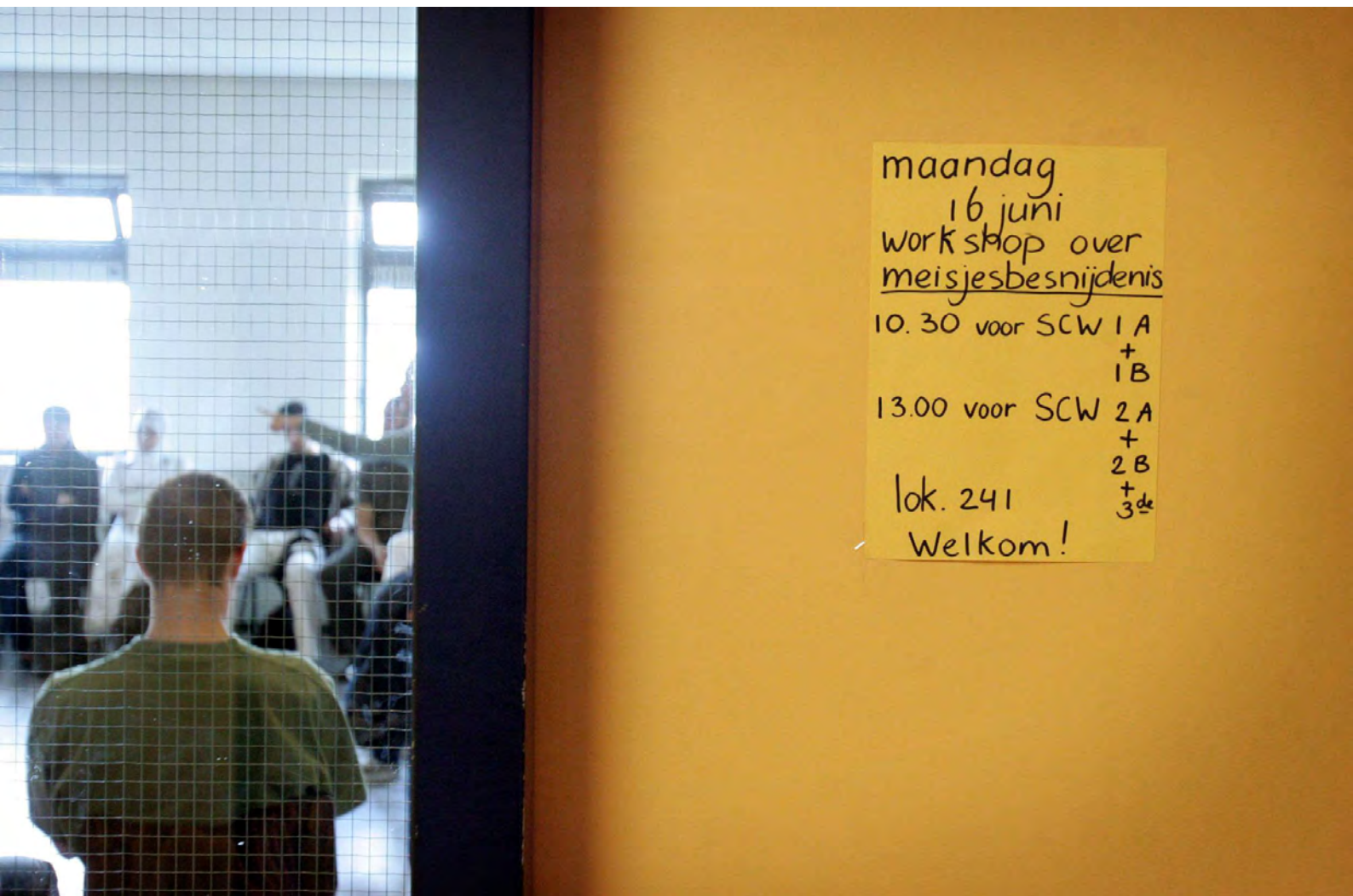


Signaleren en melden van vrouwelijke genitale verminking



maandag
16 juni
workshop over
meisjesbesnijdenis
10.30 voor SCW 1 A
+
1 B
13.00 voor SCW 2 A
+
2 B
lok. 241 +
3^{de}
Welkom!

Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

KNAPP
ADVISORY SERVICES

Datum

10 mei 2021

Opdrachtgever

Ministerie van Justitie en Veiligheid

Contact

Ivo van Duijneveldt, i.vanduijneveldt@aef.nl

Lieke Groen, l.groen@aef.nl

Moritz Knapp, mk@k-advisory.com

Annemiek de Nooijer, a.denooijer@aef.nl

Foto omslag

ANP Foto / Koen Verheijden

Referentie

GJ241

Inhoud

1 Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Doelstelling en vraagstelling	4
1.3 Onderzoekopzet en verantwoording.....	6
1.4 Leeswijzer.....	10
2 VGV: problematiek en aanpak	11
2.1 Typologie en aard van de problematiek	11
2.2 Omvang en impact.....	12
2.3 De aanpak van VGV in Nederland	13
3 Het signaleren van VGV	15
3.1 Kennis van VGV.....	15
3.2 Perceptie van VGV: mishandeling met blijvende impact.....	17
3.3 VGV ter sprake brengen	19
3.4 Taal- en cultuurverschillen	22
3.5 VGV herkennen en wegen	25
4 Handelen bij een vermoeden van VGV	28
4.1 Handelen bij een gerealiseerde VGV.....	28
4.2 Handelen bij een dreigende VGV	31
4.3 Bekendheid en gebruik van de Meldcode	33
4.4 Ervaringen met Veilig Thuis	34
4.5 Overdracht tussen professionals.....	37
5 Knelpunten en oplossingsrichtingen	41
5.1 Knelpunten en aandachtspunten in de aanpak van VGV	41
5.2 Argumenten voor en tegen een meldplicht voor VGV.....	43
5.3 Buitenlandse voorbeelden	47
6 Conclusies en aanbevelingen	49
6.1 Conclusies	49
6.2 Aanbevelingen	52
Bijlage 1: Literatuur	57
Bijlage 2: Topiclijst	58

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In Nederland zijn nog steeds vrouwen en meisjes die risico lopen besneden te worden of besneden zijn in het verleden. We spreken in dit verband over meisjesbesnijdenis of vrouwelijke genitale verminking (VGV). Dit is een schadelijke praktijk met grote gezondheidsrisico's, zowel in fysiek als psychosociaal opzicht. Meisjes en vrouwen kunnen hier een leven lang last van hebben.

Uit prevalentieonderzoek blijkt dat er in Nederland ongeveer 41.000 vrouwen zijn besneden. Geschat wordt dat er de komende twintig jaar 4.200 meisjes het risico lopen om besneden te worden (Kawous e.a., 2019). Vanwege het verbod op meisjesbesnijdenis in Nederland gebeurt dit vermoedelijk vooral in het buitenland, in het land van herkomst.

Anders dan de cijfers uit het prevalentieonderzoek doen vermoeden, is het aantal meldingen van VGV bij Veilig Thuis nagenoeg nul. De vraag is hoe deze discrepantie verklaard kan worden. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat professionals VGV niet herkennen. Maar het is ook denkbaar dat zij VGV wel herkennen, maar de relatie met de betrokkene niet op het spel willen zetten. Of dat zij het nut of de noodzaak niet zien van het doen van een melding bij Veilig Thuis.

Zicht op VGV is ook van belang uit oogpunt van strafrechtelijk optreden. Dit komt doordat VGV in de intieme sfeer plaatsvindt en daarmee voor de politie niet eenvoudig op te sporen is. De politie is voor de strafrechtelijke aanpak afhankelijk van de meldingsbereidheid van anderen. Om een dieper inzicht en een beter begrip te krijgen van de wijze waarop professionals VGV signaleren én hoe zij vervolgens handelen bij signalen en vermoedens van VGV, heeft het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) opdracht gegeven tot een kwalitatief onderzoek onder professionals uit verschillende sectoren die onder de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vallen. Het onderzoek is uitgevoerd door Andersson Elffers Felix (AEF) in samenwerking met Knapp Advisory Services.

1.2 Doelstelling en vraagstelling

Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is door het ministerie van JenV als volgt geformuleerd:

- Breng in beeld hoe en in hoeverre (dreigende of gerealiseerde) VGV op dit moment wordt gesignaleerd door professionals, welke stappen zij wel en niet nemen indien een (vermoeden van) VGV is vastgesteld en welke overwegingen en vormen van besluitvorming hierbij worden gehanteerd. Denk hierbij aan toepassing van de Meldcode,

overleg met collega's of derden, het organiseren van hulpverlening, het melden bij Veilig Thuis of bij een andere professional en registratie in de eigen systemen.

- Adviseer op basis hiervan hoe de totale groep van (potentiële) slachtoffers beter door professionals in beeld kan worden gebracht.

Het beoogde resultaat van dit onderzoek is dat in kaart is gebracht hoe slachtoffers van VGV (beter) in beeld kunnen komen bij de overheid en hulpverlenende instanties zodat er gericht (strafrechtelijk) geïntervenieerd kan worden.

Het gaat in dit onderzoek dus niet om de omvang van het probleem, maar om te onderzoeken hoe meisjes en vrouwen die werkelijk besneden zijn (of hier risico op lopen) beter in beeld kunnen komen. Daarvoor is het nodig goed inzicht te krijgen in de beweegredenen van professionals om al dan niet advies te vragen of een melding te doen bij Veilig Thuis, naar aanleiding van een signaal of vermoeden van VGV.

Afbakening

Het onderzoek concentreert zich op het perspectief van professionals die in hun praktijk te maken hebben met de gemeenschappen waar VGV voorkomt. Het gaat om professionals uit uiteenlopende sectoren en beroepsgroepen, zoals het onderwijs, de (medische) zorg, de jeugdgezondheidszorg, het sociaal werk, de asielopvang en de kinderopvang. Voor al deze professionals geldt dat zij onder de werking van de Wet verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vallen. Hierbij is juist het perspectief van eerste lijns- en frontlijnprofessionals relevant. Zij zijn immers de professionals die VGV kunnen signaleren – of niet.

Slachtoffers van VGV doen zelf, nog minder dan bij andere vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling, nauwelijks melding van een (dreigende) besnijdenis. Hierbij speelt ook een rol dat VGV bij sommige slachtoffers al op heel jonge leeftijd plaatsvindt. Alhoewel de overwegingen die bij slachtoffers een rol spelen zonder meer relevant zijn uit oogpunt van een samenhangende aanpak van de problematiek van VGV, valt het perspectief van de slachtoffers van VGV buiten de scope van dit onderzoek. Dit geldt ook voor de waardevolle bijdrage die sleutelpersonen uit de gemeenschappen waar VGV voorkomt kunnen vervullen bij de aanpak van VGV. Vanwege de doelstelling van het onderhavige onderzoek om dieper inzicht te krijgen in de praktijk van *professionals die vallen onder de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*, is ervoor gekozen de scope tot deze groep te beperken. Benadrukt wordt dat hier nadrukkelijk geen oordeel in besloten ligt over de waarde van die aanvullende perspectieven.

Bij de selectie van respondenten is ervoor gekozen niet specifiek veldwerk te doen onder medewerkers van Veilig Thuis. De reden hiervoor is dat de medewerkers van Veilig Thuis als 'ontvangende' partij van signalen en vermoedens van VGV niet tot de groep professionals behoren waar het onderzoek zich op richt. Dat laat onverlet dat medewerkers van Veilig Thuis ook ervaring hebben in de gespreksvoering met professionals rond VGV, met name als advies gevraagd wordt. Daarom is in één van de groepsgesprekken een vertrouwensarts van Veilig Thuis betrokken. Daarnaast is in de begeleidingscommissie voor dit onderzoek voorzien in betrokkenheid vanuit Veilig Thuis.

Vraagstelling

De centrale vragen voor het onderzoek luiden als volgt:

1. *Hoe herkennen en wegen professionals signalen en vermoedens van VGV?*

2. Hoe handelen professionals vervolgens bij een signaal of vermoeden van VGV?

Deze centrale onderzoeksvragen zijn nader uitgewerkt in de volgende deelvragen.

Deelvragen m.b.t. het signaleren van vermoedens van VGV:

- 1a. Wat weten professionals van VGV (bijvoorbeeld ten aanzien van risicofactoren en risicogroepen?)
- 1b. Hoe komen professionals aan hun kennis over VGV?
- 1c. Is VGV een onderwerp dat met andere professionals besproken wordt?
- 1d. Horen professionals van andere professionals over gevallen van (dreigende) VGV?
- 1e. Beschouwen professionals VGV als een vorm van acute en/of structurele onveiligheid?
- 1f. Hoe herkennen professionals een dreigende VGV? Op welke signalen letten zij en hoe stellen zij een vermoeden feitelijk vast?
- 1f. Hoe herkennen professionals een gerealiseerde VGV? Op welke signalen letten zij en hoe stellen zij een vermoeden feitelijk vast?
- 1g. Hoe wegen professionals het risico bij een dreigende VGV?
- 1h. Hoe wegen professionals het risico bij een gerealiseerde VGV (zowel v.w.b. het meisje of de vrouw die besneden is, als het risico voor andere meisjes in het gezin)?

Deelvragen m.b.t. het handelen bij een vermoeden van VGV:

- 2a. Wat doen professionals bij een vermoeden van dreigende VGV?
- 2b. Wat doen professionals bij een vermoeden van gerealiseerde VGV?
- 2c. Hoe gebruiken professionals hierbij de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling?
- 2d. Welke stappen van de Meldcode doorlopen zij?
- 2e. Ervaren professionals de Meldcode als toepasbaar en bruikbaar?
- 2f. In hoeverre gebruiken professionals beroepsgroep specifieke richtlijnen/protocollen?
- 2h. Wat zijn de overwegingen om wel of niet advies te vragen bij Veilig Thuis?
- 2i. Wat zijn de overwegingen om wel of niet een melding te doen bij Veilig Thuis?
- 2j. In hoeverre spelen beroepsgeheim en tuchtrecht hierbij een rol?
- 2k. Is er bij een vermoeden van (dreigende) VGV contact met andere partijen dan Veilig Thuis (bijvoorbeeld politie, jeugdgezondheidszorg, CJG)? Waaruit bestaat dit contact?
- 2l. Als een professional ervoor kiest *niet* te melden bij Veilig Thuis, welke acties worden dan wel ingezet en waarom?

Deze deelvragen zijn nader uitgewerkt in een topiclijst die als onderlegger heeft gediend voor de interviews met professionals. Deze topiclijst is als bijlage bij dit rapport opgenomen.

1.3 Onderzoekopzet en verantwoording

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gekozen voor een combinatie van onderzoeksmethoden. Het zwaartepunt ligt daarbij op interviews met professionals uit verschillende sectoren, waarbij hen gevraagd is hoe zij VGV signaleren en hoe zij handelen bij een vermoeden van VGV. De bevindingen uit de interviews zijn in drie groeps gesprekken met professionals en experts verdiept. Daarbij is ook verkend op welke wijze de aanpak van VGV verder kan worden versterkt. Aanvullend hierop is een compacte literatuurscan uitgevoerd, gericht op *good practices* uit omliggende landen, waar het de aanpak van VGV betreft. Hieronder volgt voor een nadere toelichting op elk van de drie activiteiten.

Interviews met professionals

Voor het onderzoek zijn interviews afgenomen met 60 respondenten. De interviews zijn afgenomen door de vier onderzoekers. De lengte van de interviews varieerde van één tot

anderhalf uur. Van elk gesprek is een gespreksverslag opgesteld. De gespreksverslagen hebben als basis gediend voor de analyse van het veldwerk. Met de respondenten is afgesproken dat quotes anoniem en niet herleidbaar in het rapport verwerkt kunnen worden. Bij de casus in paragraaf 4.1 is hier expliciete afstemming over geweest.

Selectie respondenten

Voor het onderzoek is contact gezocht met professionals die werken in sectoren die onder de Wet verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vallen. Het betreft hier de sectoren gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en justitie. De reikwijdte van deze sectorindeling is dermate breed, dat een nadere toespitsing van belang was. Zo is er bij de selectie van professionals uit de gezondheidszorg het accent gelegd op de eerstelijns zorg en op een specifiek vakgebied als de verloskunde. Daarnaast is de jeugdgezondheidszorg expliciet betrokken. Voor wat het justitiële domein betreft is de scope beperkt tot de asielopvang.

Bij de selectie van respondenten is primair gestreefd naar spreiding over verschillende beroepsgroepen die voor het doel van dit onderzoek relevant zijn. Secundair is ingezet op een voldoende spreiding over het land. Daarbij is ervoor gekozen om het veldwerk uit te voeren in zeven agglomeraties: Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Deventer, Eindhoven, Rotterdam en Utrecht. In deze regio's is vervolgens gezocht naar geschikte respondenten. De lokale GGD heeft hierbij op veel plaatsen een waardevolle bijdrage kunnen leveren voor een warme introductie in het veld. Ook is gebruik gemaakt van het lokale netwerk van respondenten om toegang te krijgen tot respondenten in andere beroepsgroepen. Via deze contacten zijn ook enkele respondenten in het onderzoek betrokken, die niet in één van de zeven regio's werken, maar wel in hun werk te maken hebben met gemeenschappen waar VGV voorkomt. Er is voor gekozen om deze respondenten ook in het onderzoek te includeren, omdat niet zozeer de regio als wel de directe ervaring met de doelgroep van belang is.

Onderstaande tabel biedt inzicht in de samenstelling van het respondentenbestand.

Tabel 1: Samenstelling respondentenbestand

Beroepsgroep	ASD	AHM	DH	DEV	EIN	ROT	UTR	Ov.	Tot.
Huisartsen	0	1	1	1	0	1	0	0	4
Eerstelijnszorg op COA-locaties*	0	1	1	2	0	1	1	0	6
Verloskundigen	2	1	1	1	0	0	0	2	7
Tweedelijnsgezondheidszorg*	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Jeugdzorg	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Jeugdgezondheidszorg	2	1	2	1	1	2	2	0	11
Reizigerszorg*	0	1	0	1	2	0	0	0	4
Kinderopvang	0	1	0	1	0	1	0	0	3
Onderwijs*	1	0	1	1	2	1	2	4	12
Sociaal werk/CJG*	1	1	0	0	0	4	3	0	9
Totaal	8	7	7	8	5	11	8	6	60

* Hieronder volgt een nadere toelichting op de tabel:

- Onder de noemer 'eerstelijnszorg op COA-locaties' wordt de medische zorg bedoeld die op locaties voor asielopvang geboden wordt. Gesproken is met respondenten die werkzaam zijn op vijf verschillende locaties, onder wie één huisarts, twee praktijkverpleegkundigen, één praktijkverpleegkundige in opleiding, één jeugdverpleegkundige en één verpleegkundig specialist in opleiding.

- Bij de ‘tweedelijns gezondheidszorg’ gaat het om interviews met een plastisch chirurg die hersteloperaties uitvoert, een verpleegkundige die in een ziekenhuis werkzaam is bij een nazorgspreekuur voor vrouwen die besneden zijn en een forensisch arts, verbonden aan een GGD.
- De term ‘reizigerszorg’ verwijst naar medewerkers die werkzaam zijn op het gebied van reizigersvaccinatie. Het betreft medewerkers van verschillende GGD’s, van wie één arts en drie verpleegkundigen.
- Voor de respondenten die werkzaam zijn uit het onderwijs, geldt dat drie van hen werkzaam zijn in het primair onderwijs. De andere negen respondenten werken in het voortgezet onderwijs. Voor tien van de twaalf respondenten geldt dat zij werkzaam zijn als zorgcoördinator, schoolmaatschappelijk werker of intern begeleider, soms in combinatie met een regulier docentschap.
- Met de term ‘sociaal werk/CJG’ worden respondenten bedoeld die werkzaam zijn in een sociaal team, een wijkteam of bij een Centrum voor Jeugd en Gezin. Eén van de respondenten is werkzaam in de vrouwenopvang.

Het veldwerk is uitgevoerd van 4 januari tot en met 19 maart 2021, op twee interviews na die pas in de maand april konden worden gepland.

Bias

Bij de selectie van respondenten is gezocht naar professionals die in hun praktijk te maken hebben met gemeenschappen waar VGV voorkomt, maar die zelf niet specifiek deskundig zijn op het gebied van VGV. Ondanks dit uitgangspunt is gebleken dat er soms toch sprake was van respondenten die mogelijk meer dan gemiddeld kennis hebben van de problematiek van VGV. Zo bleek één van de respondenten te zijn afgestudeerd op VGV. Daarnaast zijn enkele respondenten werkzaam in functies die heel specifiek betrekking hebben op VGV. We doelen hier op de gesprekken met een plastisch chirurg die hersteloperaties verricht, een verpleegkundige die een VGV-nazorgspreekuur draait in een ziekenhuis en een forensische arts, die geconsulteerd wordt bij signalen van VGV. Het betreft hier echter enkele specifieke uitzonderingen in het respondentenbestand. De reden om deze gesprekken te voeren is dat deze een aanvullend perspectief bieden op de overige interviews. Voor de respondenten die binnen hun eigen organisatie als aanspreekpunt of aandachtsfunctionaris werken, zoals de zorgcoördinatoren in het onderwijs, is de afweging gemaakt dat zij weliswaar meer deskundigheid hebben dan hun collega’s, maar dat zij een belangrijke rol spelen in met name het handelen bij vermoedens van VGV. Voor een groot deel van de andere respondenten geldt dat de onderzoekers bij het verzoek om een gesprek regelmatig bijna verontschuldigend te horen kregen dat de gesprekspartner geen expert was. Duidelijk moge zijn dat juist ook het perspectief van deze professionals voor het doel van dit onderzoek relevant is.

Groepsgesprekken

Om de bevindingen uit de interviews met professionals te toetsen en te verdiepen, en om te verkennen hoe de aanpak van VGV verder kan worden versterkt, zijn in het kader van dit onderzoek drie groepsgesprekken georganiseerd. Deze gesprekken vonden plaats op 7, 12 en 14 april 2021. Elk van de gesprekken duurde twee uur. De gesprekken vonden plaats aan de hand van een vooraf opgestelde gespreksleidraad. Daarbij is een onderverdeling gemaakt naar de volgende drie thema’s:

- het herkennen en wegen van VGV;
- het handelen bij een vermoeden van VGV;
- de overdracht van casuïstiek tussen professionals van verschillende organisaties.

Voor elk van de gesprekken is een combinatie gemaakt van enerzijds professionals met wie reeds eerder een interview was gevoerd, aangevuld met deskundigen op het gebied van VGV die nog niet eerder bevraagd waren.

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de samenstelling van de groepsgesprekken:

Tabel 2: Samenstelling groepsgesprekken

Groepsgesprek	Deelnemers
Gesprek 1	— Gynaecoloog en coördinator VGV-(nazorg)spreekuur — Zorgcoördinator voortgezet onderwijs (met int. schakelklas) — Vertrouwensarts Veilig Thuis
Gesprek 2	— Huisarts — Zorgcoördinator voortgezet onderwijs (met int. schakelklas)
Gesprek 3	— Expert en trainer VGV van een GGD — Manager kinderopvang — Huisarts

De bevindingen uit de groepsgesprekken zijn betrokken bij de presentatie van de onderzoeksbevindingen in de hoofdstukken 3, 4 en 5.

Literatuurscan

Aanvullend op de interviews en groepsgesprekken is een compacte literatuurscan uitgevoerd. Deze scan was bedoeld om *good practices* met betrekking tot de aanpak van VGV in beeld te brengen. Voor de scan is gebruik gemaakt van de bevindingen uit een eerder, breed opgezet literatuuronderzoek naar schadelijke praktijken (AEF, 2020), aangevuld met relevante recentere publicaties. De bevindingen uit de literatuurscan zijn als afzonderlijke paragraaf verwerkt in hoofdstuk 5 van dit rapport.

Opdrachtgever en begeleidingscommissie

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Justitie en Veiligheid, directoraat-generaal Straffen en Beschermen. Voor de uitvoering van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld, waarin ook de opdrachtgever participeerde. De samenstelling van de begeleidingscommissie is als volgt:

Karin Boode	GGD GHOR Nederland
Helena de Kat	Ministerie van VWS
Marja de Klerk	Veilig Thuis Utrecht (Vanaf 1 maart 2021 op persoonlijke titel)
Milo Groenewegen	Ministerie van JenV
Sabina van der Meer	Veilig Thuis Utrecht
Veerle Naudts	Gemeente Den Haag
Bas Vogelvang	Ministerie van JenV

De begeleidingscommissie is gedurende de looptijd van het onderzoek driemaal bijeen gekomen. Op deze plaats willen de onderzoekers de deelnemers in de begeleidingscommissie hartelijk danken voor hun kritische reflectie op de opzet en uitvoering van het onderzoek én voor hun praktische hulp bij het verkrijgen van toegang tot het veld.

1.4 Leeswijzer

De opbouw van dit rapport is als volgt:

- Na dit inleidende hoofdstuk volgt in hoofdstuk 2 eerst een nadere toelichting op de aard, omvang en impact van VGV en de huidige aanpak van deze problematiek.
- Vervolgens volgt in de hoofdstukken 3, 4 en 5 een presentatie van de bevindingen uit het onderzoek:
 - In hoofdstuk 3 staat het signaleren van VGV centraal; in dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 1 (en de bijbehorende deelvragen) beantwoord;
 - In hoofdstuk 4 staat het handelen bij vermoedens van VGV centraal; in dit hoofdstuk wordt onderzoeksvraag 2 (en de bijbehorende deelvragen) beantwoord;
 - Hoofdstuk 5 biedt een overzicht van de knelpunten die professionals ervaren in de aanpak van VGV én mogelijke oplossingsrichtingen om de aanpak te versterken.
- In hoofdstuk 6 volgt een samenvatting van de bevindingen in de vorm van een overkoepelende conclusie. Het rapport eindigt met enkele aanbevelingen om de aanpak van VGV te versterken.

Naast de term vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt ook wel het begrip meisjesbesnijdenis gebruikt. In dit rapport worden beide termen naast elkaar gebruikt.

2 VGV: problematiek en aanpak

In dit hoofdstuk wordt de problematiek van VGV in kort bestek geïntroduceerd. Allereerst wordt ingegaan op de aard van vrouwelijke genitale verminking en de landen en gemeenschappen waar meisjesbesnijdenis voorkomt. Vervolgens komt de omvang van de problematiek in Nederland aan bod en de impact ervan voor de slachtoffers. Tot besluit wordt het Nederlandse overheidsbeleid rond VGV toegelicht.

2.1 Typologie en aard van de problematiek

De term vrouwelijke genitale verminking verwijst naar al die praktijken waarbij de vrouwelijke genitaliën verminkt worden. De World Health Organization (WHO) onderscheidt vier typen van VGV (WHO, 2020):

- type 1 (clitoridectomie) betreft de gehele of gedeeltelijke verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid;
- type 2 (excisie) betreft het geheel of gedeeltelijk wegsnijden van de clitoris en de kleine schaamlippen, al dan niet in combinatie met het wegsnijden van de grote schaamlippen;
- type 3 (infibulatie), betreft het vernauwen van de vaginale opening door de (grote en/of kleine) schaamlippen te besnijden, te vervormen en aan elkaar te naaien, al dan niet in combinatie met verwijdering van de clitoris;
- type 4 betreft alle andere schadelijke handelingen zonder medische noodzaak aan de vrouwelijke geslachtsorganen, waaronder aanprikken, doorprikken, insnijden, doorsnijden, uittrekken of verbranden van de clitoris en/of ander weefsel.

Overigens zijn niet alle typen van VGV altijd eenduidig herkenbaar, ook niet voor professionals die er alert op zijn. Dit betekent dat het soms lastig kan zijn feitelijk vast te stellen dat een vrouw besneden is. Dit geldt vooral voor de ‘lichte’ vormen van VGV.

De WHO benadrukt dat er geen medische gronden zijn die besnijdenis van meisjes en vrouwen rechtvaardigen. Om die reden wordt ook gesproken over verminking (*mutilation*). Het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties (UNFPA) kwalificeert VGV daarnaast als een uiting van diepgewortelde genderongelijkheid:

‘Where it is widely practiced, FGM is supported by both men and women, usually without question, and anyone that does not follow the norm may face condemnation, harassment and ostracism. It may be difficult for families to abandon the practice without support from the wider community. In fact, it is often practiced even when it is known to inflict harm upon girls because the perceived social benefits of the practice are deemed higher than its disadvantages.’

VGV vindt daarbij vooral intergenerationeel plaats, dat wil zeggen dat dochters van besneden moeders een verhoogd risico hebben om ook zelf besneden te worden. De UNFPA noemt redenen waarom VGV wordt uitgevoerd (UNFPA, 2020):

- *sociaal-culturele redenen*: besnijdenis wordt gezien als een initiatierite in de overgang van meisje naar vrouw;
- *psychoseksuele redenen*, om de maagdelijkheid van de vrouw te beschermen en de seksualiteit van vrouwen te beheersen; ook wordt wel verondersteld dat VGV bijdraagt aan vruchtbaarheid en het seksueel genot van de man verhoogt;
- *hygiënische en esthetische redenen*: in sommige gemeenschappen worden de externe vrouwelijke genitaliën als onrein en lelijk beschouwd;
- *socio-economische redenen*: besnijdenis wordt wel beschouwd als een voorwaarde voor een huwelijk;
- *religieuze redenen*: de UNFPA benadrukt dat er geen basis/gebod is in religies als de islam en het christendom, maar constateert dat voor besnijdenis desondanks religieuze overwegingen als rechtvaardiging worden genoemd.

Wereldwijd zijn meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen het slachtoffer van VGV (WHO, 2020). De WHO schat dat jaarlijks 3 miljoen meisjes het risico lopen besneden te worden. Genitale verminking van meisjes en vrouwen komt vooral voor in het westen, oosten en noordoosten van Afrika en in sommige landen in het Midden-Oosten en Azië. Vanwege migratie komt de problematiek ook in andere landen voor. De WHO spreekt daarom over een ‘global concern’.

2.2 Omvang en impact

Omvang van de problematiek in Nederland

Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, heeft in 2019 de resultaten gepubliceerd van een onderzoek naar de omvang en risico's van VGV in Nederland (Kawous e.a., 2019). Uit dit onderzoek blijkt dat er in Nederland (per 1-1-2018) naar schatting 41.000 vrouwen wonen die een vorm van VGV hebben ondergaan, van wie ruim een derde type 3 (infibulatie). Bij een totaal van 95.588 vrouwen afkomstig uit prevalentielanden, bedraagt het prevalentiepercentage van VGV in Nederland derhalve 43%. Pharos concludeert dat van de vrouwen die in Nederland wonen en besneden zijn, ruim 80% afkomstig is uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en Irak.

Het onderzoek van Pharos geeft ook inzicht in het aantal meisjes dat het risico loopt besneden te worden (incidentie). Pharos schat dat in de komende twee decennia 4.200 meisjes (van een totaal van 38.000) het risico lopen besneden te worden. Pharos voorspelt dat in de eerste vijf jaar na het onderzoek (uit 2019) relatief de meeste meisjes een risico lopen: ongeveer 40%, oftewel 335 per jaar. Dat is bijna één geval per dag. Het zijn met name meisjes met een migratieachtergrond uit de volgende landen die het risico lopen besneden te worden: Somalië (45% van de meisjes), Egypte (15% van de meisjes), Ethiopië, Sierra Leone en Guinee (resp. 8%, 8% en 6% van de meisjes). Aangenomen wordt dat het risico besneden te worden zich vooral voordoet bij een reis naar het buitenland.

Impact

Meisjes en vrouwen die besneden worden, kunnen daar hun leven lang schade van ondervinden. Er zijn grote gezondheidsrisico's aan VGV verbonden, zowel fysiek als psychisch. Fysieke schade en risico's kunnen betrekking hebben op:

- complicaties na ingreep, waaronder infecties, bloedingen, verzweringen, die soms zelf levensbedreigend kunnen zijn;
- complicaties op langere termijn, zoals urinaire incontinentie, pijn bij de menstruatie en vorming van littekenweefsel en cysten of abcessen;
- complicaties bij zwangerschap en

- beperkingen bij seksualiteit.

Psychische schade heeft onder meer betrekking op de traumatische ervaring die de besnijdenis vormt, die kan leiden tot depressie, angststoornissen, een laag zelfbeeld en/of post-traumatische stress. Ook geldt dat VGV de mogelijkheden voor een gezonde seksuele ontwikkeling en expressie beperkt, wat ook psychische impact kan hebben. Ook leidt de sociale druk uit de gemeenschap rond een besnijdenis en de angst verstoten te worden tot psychische druk.

2.3 De aanpak van VGV in Nederland

Het beleid van de rijksoverheid is erop gericht te voorkomen dat meisjes en vrouwen die in Nederland wonen, besneden worden. Daarnaast is het beleid erop gericht om meisjes en vrouwen die besneden zijn, goede medische en psychosociale zorg te bieden. Vanwege de ernstige gezondheidsrisico's van VGV, maar ook vanwege de inbreuk op de lichamelijke integriteit van de slachtoffers en hun zelfbeschikkingsrecht, is VGV in Nederland strafbaar. Het wordt beschouwd als een vorm van (zwere) mishandeling (art. 300 t/m 303 Wetboek van Strafrecht). Het wettelijke verbod geldt voor alle vormen van VGV.

De aanpak van VGV maakt deel uit van een bredere 'actieagenda schadelijke praktijken', die ook betrekking heeft op eengerelateerd geweld, huwelijksdwang en gedwongen achterlating. Onderdeel van het overheidsbeleid is het publiceren van de 'verklaring tegen meisjesbesnijdenis'. Deze verklaring, die in meerdere talen is opgesteld, wordt verspreid binnen de gemeenschappen waar VGV voorkomt. In de verklaring wordt toegelicht dat VGV in Nederland strafbaar is, ook als een meisje of vrouw die in Nederland woont in het buitenland besneden wordt. Daarnaast gaat de verklaring in op de gezondheidsrisico's van meisjesbesnijdenis. De verklaring dient niet alleen in Nederland een voorlichtingsdoel, maar is juist ook bedoeld voor vrouwen (en hun ouders) die naar het buitenland reizen. Het idee is dat zij de verklaring kunnen laten zien, bijvoorbeeld aan familieleden, als sociale druk zou worden uitgeoefend om een meisje te laten besnijden.

De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en Veilig Thuis

Veilig Thuis is het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Er zijn in Nederland 26 Veilig Thuis-organisaties. Het melden bij Veilig Thuis is van belang omdat huiselijk geweld en kindermishandeling problematiek betreft die gedurende vele jaren kan aanhouden en omdat eerder geweld een risicofactor is voor de kans op herhaling van het geweld. Veilig Thuis kan meldingen van verschillende professionals over een langere periode van tijd monitoren en daarmee invulling geven aan haar wettelijke taak zicht op veiligheid te houden. Veilig Thuis registreert alle meldingen die bij Veilig Thuis worden gedaan, ongeacht het vervolg.

Sinds 2013 moeten professionals uit de sectoren gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en justitie werken volgens de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarnaast is er een specifieke factsheet ontwikkeld voor (vermoedens van) eengerelateerd geweld. Deze factsheet kan professionals helpen bij het doorlopen van de stappen van de Meldcode in gevallen van eengerelateerd geweld. In de factsheet wordt specifiek beschreven hoe professionals kunnen handelen bij een vermoeden van meisjesbesnijdenis.

Met ingang van 2019 is de Meldcode verbeterd, door toevoeging van een beroepsgroep specifiek afwegingskader. Dit betekent dat professionals moeten afwegen of er sprake is van acute onveiligheid of structureel geweld. Is dat het geval, dan is melden de professionele

norm. Als er wel vermoedens zijn van geweld (maar niet acuut/structureel), en (organiseren van) hulpverleners lukt niet, wordt de professional volgens de eigen professionele norm ook geacht te melden. Voor deze afwegingen kunnen ze gebruik maken van een beroepsgroep specifiek afwegingskader. Met de verbetering van de Meldcode is expliciet geborgd dat het doen van een melding bij Veilig Thuis van ernstige casuïstiek een professionele norm is, ook als de professional in staat is zelf adequate zorg en hulpverlening te bieden.

(Dreigende) VGV kwalificeert zich als ernstige casuïstiek en dient daarom gemeld te worden. Het aantal meldingen van VGV bij Veilig Thuis is echter zeer laag. Vanwege de lage aantallen wordt het aantal meldingen van VGV afgerond naar 0 of 5. In 2018 staat bij alle Veilig Thuis-organisaties dat zij 0 meldingen hebben gehad. Het aantal adviesvragen ligt iets hoger.

Lokale initiatieven vanuit gemeenschappen en de rol van sleutelpersonen

Met betrekking tot de aanpak van VGV mag ook niet onvermeld blijven dat er tal van (lokale) initiatieven zijn gericht op voorlichting en deskundigheidsbevordering rond VGV. Daarbij is ook sprake van initiatieven die zijn opgestart en worden gedragen door mensen uit gemeenschappen waar VGV voorkomt. Denk hierbij aan sleutelpersonen en experts die het vertrouwen genieten binnen de eigen gemeenschap en ertoe bij kunnen dragen dat een thema als VGV bespreekbaar wordt. Ook kunnen zij professionals helpen met hun kennis over de gemeenschappen waar VGV voorkomt.

Nazorg VGV

Besneden meisjes en vrouwen kunnen als gevolg van de besnijdenis te maken hebben met (ernstige) gezondheidsschade, zowel fysiek als psychisch. Omdat zij niet altijd de zorg zoeken en krijgen die nodig is, bestaan in Nederland sinds 2012 laagdrempelige spreekuren gericht op nazorg voor besneden vrouwen. Inmiddels zijn er negen nazorgsprekuren verdeeld over het land. In deze nazorgsprekuren wordt door een gespecialiseerde verpleegkundige of arts de zorgvraag van de besneden vrouw in kaart gebracht en wordt geprobeerd hen door te verwijzen naar de juiste zorg.

3 Het signaleren van VGV

In dit hoofdstuk komen de onderzoeksbevindingen aan bod met betrekking tot het signaleren van VGV. Achtereenvolgens komen hierbij de volgende thema's aan de orde:

- de kennis van professionals over VGV en hoe ze die verwerven en onderhouden (3.1);
- de vraag hoe professionals VGV kwalificeren (3.2);
- de wijze waarop professionals het gesprek voeren over VGV (3.3);
- taalbarrières en communicatieproblemen (3.4) en
- op welke signalen professionals alert zijn en hoe zij het risico taxeren (3.5).

3.1 Kennis van VGV

Het kennisniveau van professionals

De eerste vraag die aan respondenten is voorgelegd, is om VGV in eigen woorden te omschrijven. Deze wat algemene formulering was bedoeld om een indruk te krijgen van het kennisniveau van respondenten. Uit de antwoorden blijkt dat de professionals die voor dit onderzoek zijn ondervraagd zich bewust zijn van het feit dat er verschillende vormen zijn van VGV. Alhoewel de precieze terminologie niet bij ieder bekend is, tonen respondenten zich ook bekend met een zeer ernstige vorm van VGV als infibulatie. Verder weten respondenten over het algemeen correct enkele landen te noemen waar VGV voorkomt. Veel genoemd worden daarbij Somalië, Eritrea en Ethiopië. Minder bekend is het feit dat VGV ook in Egypte zeer frequent voorkomt. Dit komt voor sommige respondenten ronduit als een verrassing, als iets wat zij niet hadden verwacht:

‘Toen ik me erin ging verdiepen ontdekte ik dat het ook in Egypte speelt. Dat had ik echt niet verwacht. Ik vind dat elke professional zich erin moet verdiepen. Dat hoort tot je professionaliteit, je inlezen.’

Jeugd- en gezinswerker

Naast deze algemene kennis die breed bekend blijkt onder de respondenten, blijkt ook sprake van duidelijke verschillen in kennisniveau tussen respondenten. Deze hangen samen met functie en beroep. In de gesprekken met professionals uit medische beroepen en in gesprekken met respondenten met meer gespecialiseerde functies, zoals een zorgcoördinator of intern begeleider in het onderwijs, valt op dat het kennisniveau dieper is. Deze respondenten zijn over het algemeen beter bekend met zowel de medische terminologie als met de sociaal-culturele aspecten rond VGV.

Daarnaast merken meerdere respondenten op dat zij niet representatief zijn voor hun collega's. Het feit dat zij zich zelf in de problematiek van VGV hebben verdiept, wil niet zeggen dat dit ook voor hun collega's geldt. Een intern begeleider uit het onderwijs vertelt dat sommige leerkrachten zich bewust zijn van wat 'risicolanden' zijn, maar dat andere collega's

weinig kennis hebben. Dat is volgens deze respondent geen desinteresse, maar gewoon een gebrek aan kennis. Een docent nieuwkomers in het basisonderwijs stelt dat de kennis bij haar collega's over het onderwerp 'nihil' is. Een manager uit de kinderopvang, die zelf een casus van meisjesbesnijdenis heeft gemeld, is zich bewust van het feit dat VGV strafbaar is. Maar ze vraagt zich wel af of al haar medewerkers zich dat ook realiseren, én dat ze de plicht hebben in actie te komen bij een vermoeden van VGV. En een jeugd- en gezinswerker vertelt dat zij zich zelf bewust is van de problematiek van VGV, maar dat dat niet geldt voor haar collega's. Ze voelt zich een roepende in de woestijn:

'Natuurlijk, er zijn zoveel onderwerpen die belangrijk zijn. Maar het hoeft niet veel tijd te kosten. Laat mensen een e-learning volgen. En het volgende stapje is handelen als je het signaleert. Doe er vooral wat mee.'

Jeugd- en gezinswerker

Uit deze antwoorden blijkt dat niet alle professionals die onder de Meldcode vallen over basale kennis van VGV beschikken.

Hoe professionals aan hun kennis komen

Gevraagd hoe professionals aan hun kennis over VGV komen, vertellen sommigen dat zij in hun opleiding over VGV hebben geleerd. Dit geldt met name voor specifieke beroepen, zoals de opleidingen voor verloskundigen en jeugdartsen, al wordt de betekenis hiervan ook wel gerelativeerd. Zo vertelt een verloskundige dat er in haar hele opleiding één lesuur aan VGV was gewijd. Toch benadrukken respondenten het belang dat er in opleidingen aandacht wordt besteed aan VGV. Het wordt ook wel als een gemis beschouwd dat er beroepen zijn waar in de opleiding *geen* aandacht aan VGV wordt besteed, zoals de opleiding tot huisarts. Meerdere respondenten noemen de huisartsenopleiding expliciet, omdat juist deze professionals vanwege hun generalistische taak een brede toegang tot de gemeenschappen hebben waar VGV voorkomt.

De meeste respondenten hebben hun kennis echter opgedaan buiten hun formele (beroeps)opleiding om. Gevraagd hoe ze aan hun kennis over VGV komen, keren enkele antwoorden frequent terug. Allereerst noemen respondenten workshops en cursussen als bron van kennis. Het gaat om cursussen die bijvoorbeeld door de GGD of JGZ-organisatie worden aangeboden, maar ook door bijvoorbeeld Pharos of commerciële partijen. Veel impact hebben bijeenkomsten waar professionals het verhaal van een ervaringsdeskundige te horen krijgen. Zo vertelt een jeugdarts hoe een vrouw uit Ghana tijdens een training aan professionals uitlegde zich pas tijdens de biologieles bewust te zijn geworden van het feit dat zij besneden was. Dergelijke persoonlijke verhalen maken veel indruk en blijven de betrokken professionals vaak lang bij. Een verloskundige vertelt hoe zij zelf geleerd heeft van het verhaal van een ervaringsdeskundige:

'Ik heb ooit een cursus gedaan van een dag bij Pharos. Het ging over de vraag hoe je het ter sprake moet brengen. Bij die cursus was een ervaringsdeskundige. Zij vertelde dat de vrouwen zelf heel goed weten dat er problemen bij de bevalling kunnen ontstaan. Zij zitten in een cultuur waarbij je dat niet aankaart. En dat opende mijn ogen, want als jij het als vroedvrouw niet aankaart vinden ze je niet goed. Ze verwachten het van mij. Wij vragen het sinds die tijd ook echt aan mensen of ze besneden zijn. Je moet het vragen. Als je dat niet vraagt, ben je geen goede verloskundige.'

Verloskundige

Respondenten vertellen dat deelname aan een cursus, training of workshop veelal vanuit de werkgever wordt gefaciliteerd, echter zonder dat medewerkers verplicht worden zich bij te scholen. Deelname aan een cursus of training komt dus voort uit eigen initiatief en intrinsieke motivatie van professionals. Van de eigen organisatie uit wordt veelal niet structureel en

systematisch voorlichting aangeboden. Een respondent die bij een GGD werkt bij de reizigerszorg vertelt dat er wel aandacht is voor kindermishandeling en huiselijk geweld in het algemeen, maar niet voor zo'n specifiek thema als VGV. Ook een medewerker van een crisisinterventieteam in de jeugdzorg constateert dat de aandacht voor VGV tekort schiet:

'Ik vind de kennis niet voldoende. Als professional volg je heel veel trainingen. Ik heb zelf nooit een training gehad hierover. Wel over prostitutie, scheiding, etc. Ik vind dat het belangrijk is, ook voor de SKJ-registratie. Verplicht moeten die eigenlijk zijn.'

Medewerker jeugdzorg

Respondenten vertellen ook dat ze hun kennis over VGV hebben opgedaan door zelf te gaan zoeken naar informatie, bijvoorbeeld bij Pharos of bij de GGD. Ook wordt veelvuldig gewezen op het boek 'Mijn woestijn' van Waris Dirie, het Somalische fotomodel. In haar boek beschrijft zij onder meer hoe zij op vijfjarige leeftijd besneden werd. Haar verhaal heeft bijgedragen aan de bewustwording over de problematiek van VGV onder een breed publiek. Enkele verloskundigen wijzen ook op de rol van hun beroepsvereniging, de KNOV. De KNOV kent een werkgroep rond VGV, die bijdraagt aan voorlichting en deskundigheidsbevordering onder verloskundigen.

Alert blijven

Verskillende respondenten merken terloops op het interview op prijs te stellen, omdat het hen weer eens op de problematiek van VGV attendeert. Juist omdat VGV voor veel professionals geen dagelijkse praktijk is, is een periodieke bij- of nascholing volgens respondenten nuttig. Ook helpt het als er binnen de eigen organisatie iemand is die het onderwerp op de agenda houdt.

'Ik ben opgeleid als jeugdarts. In de opleiding is er aandacht aan besteed. We hadden hier [bij de GGD] eerst een aandachtsfunctionaris VGV. Die is alweer 8 jaar geleden wegbezuinigd, maar die zorgde er wel voor dat het op de agenda bleef. Die was speciaal daarvoor aangesteld bij de GGD. Ze kwam zelf uit Eritrea, of Somalië. Ze kon goed vertellen hoe je het kon benaderen en hoe je een gesprek moet voeren.'

Arts seksuele gezondheid en reizigersadvisering

In dit verband wordt ook vaak gewezen op de jaarlijkse attendering die de jeugdgezondheidszorg stuurt vlak voor de vakantieperiode, om te waarschuwen voor het risico dat meisjes die op reis gaan naar het land van herkomst daar mogelijk besneden worden. Dergelijke attenderingen worden door de respondenten positief gewaardeerd, omdat het hen herinnert aan VGV, te midden van al hun andere taken en aandachtsgebieden.

3.2 Perceptie van VGV: mishandeling met blijvende impact

VGV als vorm van kindermishandeling

Respondenten beschouwen VGV unaniem als een vorm van kindermishandeling. Besnijdenis is een ingreep met een grote impact, waar meisjes de rest van hun leven last van kunnen hebben. Een schoolmaatschappelijk werker vertelt:

'Ik vind het wel een vorm van mishandeling. Ik vind seksualiteit wel een belangrijk deel van het leven. Seks kan nooit meer fijn zijn. Een bevalling is pijnlijk. En de behandeling is heel pijnlijk. En als het niet door goed opgeleide mensen en niet hygiënisch gebeurt, dan kan het ook allerlei gevolgen hebben. Ik vind het wel mishandeling ja.'

Schoolmaatschappelijk werker op een ROC

Het is een ingreep die geen enkele medische noodzaak heeft, voegen enkele respondenten toe. Ook wijzen respondenten erop dat de meisjes de ingreep gedwongen ondergaan en dat het niet hun vrije keuze is.

VGV is echter wel een heel specifieke vorm van kindermishandeling. Het kan immers gebeuren dat in een harmonieus gezin, waar in de verste verte geen sprake is van andere vormen van kindermishandeling of huiselijk geweld, wel sprake is van VGV. Een jeugdarts verwoordt het als volgt:

'Het is wel een ingreep die verstrekende gevolgen heeft voor het leven van zo'n meisje. Het is onomkeerbaar. In die zin hebben ouders iets gedaan of laten doen bij hun dochter wat zeer ernstig is. Maar misschien kunnen ze verder pedagogisch wel goed zijn voor hun kind. Het kunnen verder goede ouders zijn.'

Jeugdarts

Een andere respondent merkt op dat ouders juist voor een besnijdenis kunnen kiezen omdat ze het beste voor hebben met hun kind:

'Die ouders zijn in de veronderstelling dat zij hun dochter een gunst doen. Dat idee heb ik wel. Dat dat in een bepaalde vorm van samenleving een vorm van reinheid. Of dat je daardoor een grotere kans hebt op een huwelijkspartner.'

Verpleegkundige reizigersvaccinatie bij een GGD

VGV: eenmalige gebeurtenis met een structureel effect

Vervolgens is gevraagd hoe respondenten VGV beschouwen: als een eenmalige of als een structurele vorm van geweld. Alhoewel de besnijdenis zelf een eenmalige ingreep is, kunnen er blijvende gevolgen zijn. We laten enkele respondenten aan het woord:

'Ik denk dat het wel verregaande gevolgen heeft. Omdat het structurele gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling van je vrouw zijn. Dus de handeling op zich is incidenteel, maar de schade is structureel.'

Medewerker CJG

'Ik zie het als structurele onveiligheid, omdat een kind in de dreiging leeft dat het gaat gebeuren. En als het gebeurd is, breng je iemand schade toe. Het is eenmalig, maar de doorwerking is structureel.'

Docent nieuwkomers, primair onderwijs

'Ik beschouw het als een structureel gevaar. En het heeft zeker zin om te melden. Meisjes hebben verschillende trauma's opgelopen. Oorlog, vlucht, je zit in een land waar je je niet prettig voelt, pubertijd, hormonen. En dan nog dichtnaaien zonder verdoving. Dat is wel heel veel. De meisjes deden dan ook allemaal aan zichzelf snijden. Zij zijn zo ongelukkig dat ze niet meer willen leven. Het heeft een enorme impact op de psychische gesteldheid. Het gaat dan ook vaak slecht op school. Dat heeft echt gevolgen voor je toekomst.'

Medewerker crisisinterventieteam jeugdbescherming

Deze laatste respondent merkt op dat het zin heeft om VGV te melden. Uit de interviews blijkt dat respondenten vooral bij een dreigende VGV het relevant vinden een melding te doen. Dat is echter niet het geval bij een gerealiseerde VGV, zeker als deze jaren terug is uitgevoerd. Respondenten vragen zich dan af wat het nut is te melden: het kwaad is dan immers toch al geschied. In plaats van het doen van een melding, hechten respondenten aan het bieden van goede medische of psychosociale zorg. Terwijl respondenten juist de blijvende impact van een besnijdenis benadrukken, wordt de noodzaak te melden veelal gerelateerd aan het eenmalige karakter ervan. Het doen van een melding is dan vooral relevant als sprake is van een dreigende VGV en van acuut geweld. Een sluimerend risico op intergenerationele overdracht – een niet acute situatie dus – wordt over het algemeen niet als trigger gezien om

een melding te doen. In hoofdstuk 4 komen de overwegingen waarom professionals wel of niet een melding doen bij Veilig Thuis uitgebreider aan de orde.

3.3 VGV ter sprake brengen

Om te weten of een vrouw besneden is en om in te kunnen schatten of eventuele dochters of zusjes het risico lopen besneden te worden, willen professionals met betrokkenen het gesprek voeren over VGV. Soms is daarvoor een concreet aangrijpingspunt. Bijvoorbeeld als een vrouw klachten heeft die mogelijk te relateren zijn aan een besnijdenis, zoals buikpijn. Het is dan zaak dat de betrokken professional de link met VGV legt. Maar lang niet altijd is er zo'n duidelijke aanleiding om het gesprek te voeren. En zelfs als die er is, blijft de vraag hoe je het als professional het best het gesprek kunt voeren over VGV.

Handelingsverlegenheid

De respondenten ervaren over het algemeen geen dusdanige belemmering om VGV bespreekbaar te maken dat zij het gesprek daarover niet aangaan. Dat wil niet zeggen dat het niet spannend kan zijn om te vragen naar een onderwerp dat zo intiem en mogelijk ook beladen is als VGV. Zeker als een professional voor het eerst het onderwerp ter sprake moet brengen, kunnen zij een drempel ervaren:

'Ik weet nog dat ik de eerste gesprekken met ouders erg ongemakkelijk vond. Het komt dan heel dichtbij. Ik merk dat ik het in de loop der jaren makkelijker ben gaan vinden en een bepaalde methode heb gevonden. Maar ik proef in de verslagen van collega's dat het niet opgeschreven wordt. Dat er een bepaalde ongemakkelijkheid is, dat ze niet durven te vragen. Ik merk toch veel ongemak bij de volwassenen! Ik denk dat we zo ook dingen missen. En ik begrijp het ook, ik heb het zelf ook gehad. Dat komt pas met ervaring.'

Jeugdverpleegkundige

Dit voorbeeld heeft betrekking op het bespreekbaar maken van VGV in het algemeen. Professionals kunnen echter ook handelingsverlegenheid ervaren als zij een concreet vermoeden hebben dat er sprake zou kunnen zijn van dreigende of gerealiseerde VGV. Daarbij speelt de onzekerheid een rol of het vermoeden wel juist is. En ook of het ter sprake brengen van een vermoeden niet onbedoeld leidt tot een vertrouwensbreuk. Dit thema komt in hoofdstuk 4 nog uitgebreid aan bod.

Oordeelsvrij spreken

Een professional die het onderwerp besnijdenis ter sprake wil brengen, doet er goed aan dit op een neutrale en oordeelsvrije manier te doen. Een huisarts vertelt hierover het volgende:

'Je zou best kunnen zeggen: dat meisje heeft buikpijn, ik ga eens kijken, ook in de lies. Het direct vragen vind ik wel een lastige, want daar zit wel een veroordeling in. Ik zou het wel durven vragen of mensen ermee te maken hebben gehad. Als een klein kind daar ligt... je moet zorgen dat je het op een zo neutraal mogelijke manier vraagt. Zij weten zelf ook wel dat het in Nederland afgewezen wordt. Dat weten ze gewoon. En dan, als een gemeenschap al heel besloten is, dan kunnen ze de deur dicht doen. Daarom moet je het op een heel tactische manier doen. Als een open vraag, zonder een oordeel erin.'

Huisarts

Een goede manier om VGV op een oordeelsvrije manier ter sprake te brengen is volgens respondenten te benoemen dat je bekend bent met het feit dat in de desbetreffende gemeenschap meisjesbesnijdenis voorkomt. Om vervolgens te vragen hoe de gesprekspartners daarover denken:

‘Als ik ouders tref uit een land van herkomst waar het veel gebeurt, dan ga ik erover in gesprek. Hoe staan jullie erin? Wat hebben jullie daar zelf in meegemaakt? Dat heeft soms tijd nodig. Je vraagt het niet meteen in het eerste gesprek, niet direct. Meer van: vertel eens, wat zijn jullie rituelen? Heb je rituelen rond de doop? Met welke geloofsaspecten leven jullie? Zo bouw je vertrouwen op en leer je ze een beetje kennen. Dat maakt het gesprek erover ook gemakkelijker.’

Jeugdverpleegkundige

Hoe betrokkenen vervolgens reageren loopt uiteen, is de ervaring van respondenten:

- Ten eerste zijn er vrouwen die aangeven zelf besneden te zijn en expliciet niet willen dat hun dochters datzelfde lot overkomt. Soms heeft de traumatische ervaring rond de besnijdenis er ook toe bijgedragen dat zij hun land van herkomst zijn ontvlucht. Respondenten vertellen dat de reacties van deze groep vrouwen dermate overtuigend en authentiek zijn dat zij ervan overtuigd zijn dat eventuele dochters geen risico zullen lopen. (Wat vervolgens ook een reden is om *niet* te melden, want de besnijdenis van de vrouw in kwestie heeft lang geleden plaats gevonden en er is geen vermoeden van een risico dat eventuele dochters besneden zouden worden).
- Ten tweede zijn er gesprekken waarbij respondenten het gevoel krijgen dat zij een sociaal wenselijk antwoord te horen krijgen. Het feit dat meisjesbesnijdenis in Nederland strafbaar is, is volgens meerdere respondenten breed bekend in de gemeenschappen waar VGV voorkomt. In deze gemeenschappen zouden ook wel ervaringen uitgewisseld worden hoe je het best het gesprek kunt voeren, als bijvoorbeeld een (jeugd)arts er naar vraagt:

‘Je weet het nooit zeker of iets het echte antwoord is, mensen zeggen toch wel heel makkelijk: in ons land is het ook verboden, het is iets van vroeger, wij willen het niet. Soms klinkt het dan alsof ze het wel heel makkelijk oplepelen alsof ze weten wat ze moeten zeggen. Dan vraag ik wel door.’

Jeugdarts

In deze situaties stelt het antwoord de professionals niet gerust. Hoe de professional bij zo’n ‘niet pluis-gevoel’ vervolgens handelt, hangt af van de precieze situaties. Dit onderwerp komt in hoofdstuk 4 uitgebreid aan bod.

- Ten derde zijn er gesprekken waar het wat onbestemd blijft hoe de gesprekspartner(s) oordelen over besnijdenis. Dat kan het gevolg zijn van een taalbarrière, waardoor het voor de professional niet duidelijk is of de vraag echt begrepen is. Ook komt het voor dat een man en een vrouw samen het gesprek met de professional voeren. Het is dan niet altijd duidelijk hoe zowel de man en vrouw er ieder voor zich over denken. Respondenten vertellen dat zij bij voorkeur het gesprek met de vrouw alleen voeren, maar dat dat niet altijd mogelijk is. Afhankelijk van de aard van de relatie tussen professional en betrokkenen kan het gesprek op een later moment verder verdiept worden. Dit geldt echter alleen voor professionele relaties waar sprake is van een frequenter contact.

Voorlichting en de verklaring tegen VGV

Het feit dat VGV in Nederland strafbaar is, helpt professionals in hun gesprekken met mensen uit de gemeenschappen waar VGV voorkomt. De professional hoeft dan immers zelf geen oordeel te vellen over VGV, maar kan verwijzen naar het wettelijke verbod. In de interviews vertellen respondenten dat zij de verwijzing naar het wettelijke verbod op VGV consequent noemen. De verklaring tegen VGV, een voorlichtingsdocument waarin het wettelijke verbod op VGV wordt toegelicht, wordt ook veel gebruikt. Professionals zien het als een belangrijk middel om vrouwen iets in handen te geven waarmee zij tegenwicht kunnen bieden aan druk uit de eigen gemeenschap. Dit is in het bijzonder van belang als vrouwen op (vakantie)reis

gaan naar het land van herkomst. De druk van familie en de bredere gemeenschap kan groot zijn. Verschillende respondenten wijzen op de dominante rol van oudere generaties ('de oma's'), die hun kinderen zouden overreden hun dochters te laten besnijden. Met de verklaring tegen VGV in de hand kunnen vrouwen dan wijzen op het feit dat besnijdenis in Nederland strafbaar is, ook als de ingreep in het buitenland plaatsvindt.

'Het ging over een vakantie naar een land van herkomst en dan is het feest. Meisjes hadden gezegd: dan krijgen we cadeautjes. Wij hoorden dat van school. Het ging om een bruiloft waar ze naar toe gingen. De moeder was niet besneden. Het was een land waar het wel voorkwam, maar in een beperkt gebied. We hebben toen contact gezocht met Veilig Thuis. En de verklaring meegegeven. En na de vakantie hebben we contact gezocht met het gezin. Nee, ze zijn niet medisch onderzocht.'

Jeugdverpleegkundige

Moment kiezen

Professionals die over een langere periode betrokken zijn bij mensen uit de gemeenschappen waar VGV voorkomt, vertellen dat zij bewust kiezen wanneer zij het gesprek over VGV voeren. De eerste kennismaking leent zich niet altijd om dan meteen over VGV te beginnen. Dat geldt zeker voor nieuwkomers, die nog maar kort in Nederland zijn. Niet alleen moeten zij hun weg vinden en een nieuw leven opbouwen, maar ook kan sprake zijn van traumatische ervaringen, bijvoorbeeld als mensen hun land van herkomst ontvlucht zijn. Het is dan van belang eerst een vertrouwensband op te bouwen. Sommige respondenten geven aan het onderwerp VGV ter sprake te brengen als ze een vrouw onder vier ogen kunnen spreken. Een jeugd- en gezinswerker vertelt over haar praktijk:

'Wij komen in gezinnen waar zoveel speelt. Financiële problemen. Trauma's. Ik zie heel veel trauma in gezinnen. Maar ook onderwijsachterstanden. Via het onderwijs worden ze dan aangemeld. We komen ook in beeld na uithuisplaatsingen, voor een stukje nazorg. En ik heb veel gezinnen met begeleide omgang. En aan de andere kant de opvoedondersteuning: mensen moeten zorgen dat ze 's avonds hun bord met eten op tafel kunnen zetten. Wil je dit ter sprake brengen, dan moet er eerst veiligheid op een ander vlak zijn.'

Jeugd- en gezinswerker

Onderwijs en voorlichting over VGV

In het (nieuwkomers)onderwijs komt VGV wel klassikaal ter sprake. Het klassikaal ter sprake brengen van het onderwerp heeft als voordeel dat individuele meisjes en vrouwen zich niet rechtstreeks aangesproken hoeven te voelen, terwijl het onderwerp wel wordt geagendeerd. Dit geldt ook voor voorlichtingsbijeenkomsten zoals deze wel door GGD'en worden verzorgd. Een respondent vertelt te werken met aparte groepen voor mannen en vrouwen. Ook de voorlichting aan mannen is relevant, omdat die niet weten hoe een *onbesneden* vrouw eruit ziet. Als zij hier voorlichting over krijgen, compleet met een anatomisch model van de vrouwelijke geslachtsorganen, vallen volgens deze respondent de schellen hen van de ogen.

Gesprekken rond de zwangerschap

Tot nu toe zijn voorbeelden genoemd van situaties waarbij professionals VGV op een neutrale, onderzoekende en oordeelsvrije wijze ter sprake brengen. Dit ligt echter anders bij situaties waarbij professionals bij een fysiek onderzoek vaststellen dat een vrouw besneden is. Dat kan gebeuren als een vrouw met specifieke klachten bij een (huis)arts komt. Het wordt ook zichtbaar in de praktijk van verloskundigen. De verloskundigen met wie gesproken is in het kader van dit onderzoek vertellen dat zij onomwonden vragen of een vrouw besneden is. Soms blijkt dat een vrouw dat zelf niet goed weet: respondenten noemen voorbeelden waarbij de vrouw aangeeft niet besneden te zijn, maar het fysiek onderzoek anders uitwijst. Vaak blijkt de besnijdenis dan al op hele jonge leeftijd te zijn gebeurd, waardoor de vrouw er geen scherpe herinnering aan heeft. Een verloskundige vertelt:

‘Het is een vraag in de anamnese die dan makkelijk met nee wordt beantwoord. En dan wordt er misschien niet verder gekeken. Ik heb ook wel eens vrouw doorgestuurd gekregen die bobbel had bij clitoris. Dat was duidelijk besnijdenis. Maar die vrouw wist zelf van niets. Die wist het gewoon echt zelf niet. Met name vrouwen uit Soedan, daar worden meisjes als baby besneden, die weten niet anders.’

Verloskundige, werkzaam in ziekenhuis

Deze respondent voegt eraan toe dat de vrouwen die zelf niet weten besneden te zijn, soms wel met medische klachten bij de huisarts komen. Bijvoorbeeld omdat ze frequent blaasontsteking hebben. Het is dan van belang dat de huisarts, ook bij een dergelijke klacht, wel denkt aan de mogelijkheid dat een vrouw besneden kan zijn. De ervaring van deze respondent is dat de kennis en alertheid van huisartsen niet optimaal is, ook omdat er in de opleiding tot basisarts geen aandacht wordt besteed aan VGV. Ze werkt daarom aan een specifiek scholingsaanbod voor huisartsen.

Het is voor verloskundigen zeer relevant te weten of een vrouw besneden is, omdat een besnijdenis kan leiden tot serieuze complicaties bij de bevalling. Alhoewel verloskundigen in hun opleiding over VGV les krijgen, biedt dat geen garantie dat deze kennis altijd paraat is, zeker niet als verloskundigen maar incidenteel met vrouwen werken uit de gemeenschappen waar VGV voorkomt. Ook is het lang niet altijd in één oogopslag zichtbaar dat een vrouw besneden is:

‘Mijn collega gaat soms mee met bevallingen als tolk. Ze zag een vrouw die hartstikke besneden was. Maar de verloskundige zag het niet. Ze kon het niet herkennen. Dat zijn dus mensen die niet de kennis hebben! Dat is gevaarlijk! Daar moet men verloskundigen alert op maken.’

Verloskundige

De verloskundigen met wie in het kader van dit onderzoek gesproken is, vertellen dat zij bij een vrouw die zelf besneden is ook informeren hoe de vrouw daar over denkt, om in te schatten of haar dochter(s) mogelijk risico lopen besneden te worden. Ook vertellen verloskundigen hierbij over de strafbaarheid van VGV in Nederland én over de schadelijke effecten die een besnijdenis kan hebben. Kenmerkend voor het werk van verloskundigen is dat zij gedurende een korte tijd intensief met een vrouw en haar gezin betrokken zijn. Enkele weken na de bevalling komt de betrokkenheid van de verloskundige echter tot een einde. Van groot belang is hoe eventuele zorgen over een risico op besnijdenis vervolgens overgedragen worden naar andere professionals. Dit thema komt in hoofdstuk 4 nader aan bod.

3.4 Taal- en cultuurverschillen

Als een professional het onderwerp VGV ter sprake brengt, wil dat niet zeggen dat de gesprekspartner ook volledig begrijpt wat besproken wordt. Respondenten vertellen dat de taal een barrière kan zijn. Ook spelen cultuurverschillen een rol. Elkaar verstaan én begrijpen is dus geen vanzelfsprekendheid.

Taalbarrières

Het is niet altijd direct duidelijk dat iemand de Nederlandse taal onvoldoende machtig is om echt te begrijpen wat besproken wordt. Verschillende respondenten vertellen soms de indruk te hebben dat mensen wel begrijpend knikken, maar toch niet echt de kern van het gesprek kunnen bevatten. Als dan gevraagd wordt of het allemaal duidelijk is wat besproken is, antwoorden mensen instemmend, misschien uit schaamte om niet toe te willen geven dat ze het eigenlijk niet goed begrepen hebben.

Het komt ook voor dat mensen iemand meenemen die de taal meer dan zichzelf machtig zijn. Soms is dat familie, maar het komt ook voor dat ouders hun kinderen meenemen omdat zij goed Nederlands verstaan. Respondenten vertellen dat deze hulp enerzijds van nut kan zijn, maar dat zij zich ook wel afvragen of wat zij zeggen ook goed vertaald wordt. Die zorg speelt vooral als er een familielid meekomt naar een gesprek. Ook geven respondenten aan dat zij het onderwerp VGV liever met een vrouw onder vier ogen bespreken dat in een setting waarbij een ander familielid mee is gekomen naar het gesprek.

Naast deze ‘informele’ tolken, hebben sommige respondenten ook ervaring met professionele tolken. Daar zijn uiteraard kosten aan verbonden. Lang niet altijd is geregeld dat die kosten worden vergoed. Zo vertelt een manager uit de kinderopvang dat er een vermoeden van VGV speelde op één van haar locaties. Daarop heeft de kinderopvangorganisatie voor eigen rekening een tolk ingezet. Alhoewel daar in dit voorbeeld geen sprake van was, is het goed denkbaar dat de kosten een drempel vormen om een beroep te doen op een tolk.

Soms is een tolk fysiek aanwezig bij een gesprek, maar in veel gevallen wordt gebruik gemaakt van een tolkcentrale. Als een tolk wordt ingezet, geven respondenten er de voorkeur aan dat het een vrouwelijke tolk is. Bij de keuze voor een tolk is het van belang dat de tolk, voor zover mogelijk, bekend is met de specifieke dialecten en subgemeenschappen. Dit om goed te kunnen begrijpen hoe een boodschap over komt. Over het werken met tolken vertelt een medewerker jeugdgezondheidszorg het volgende:

‘Als het kan, voer ik de gesprekken in het Nederlands. Als dat niet lukt gebruik ik de tolktelefoon. Soms willen familieleden vertalen. Dat vind ik niet zo fijn. Je weet niet welke kleur eraan wordt gegeven. Er zijn allemaal belangen binnen de familiestructuur! Ik heb veel met de tolktelefoon gewerkt. Dan word je daar wel handig in. Het maakt wel uit of het een man of een vrouw is. Bij mannen is het moeilijker. Dat is zo aftasten. En heel erg situatieafhankelijk. Er zijn ook heel erg progressieve mensen die een heel uitgesproken mening over VGV hebben.’

Jeugdverpleegkundige

Omgaan met cultuurverschillen

Niet alleen de taal, maar ook verschillen in cultuur kunnen een barrière vormen in de communicatie voor professionals als zij het gesprek willen voeren over VGV. Een verpleegkundige van een consultatiebureau vertelt dat de rol van de huisarts niet in alle culturen bekend is:

‘Mensen zijn ook wel bang omdat ze ons zorgsysteem niet kennen. In de meeste culturen buiten Europa is het echt anders dan hier. Een Syrische man vertelde me laatst dat de huisarts in Syrië geen vertrouwenspersoon is, zoals hier. Die moet gewoon medicijnen geven.’

Jeugdverpleegkundige

Een soortgelijke ervaring heeft een verloskundige, die ervaren heeft dat het niet makkelijk is te praten over een postnatale depressie, omdat het begrip depressie niet altijd bekend blijkt. Je moet je daarvan bewust zijn als professional, is haar ervaring, om misverstanden te voorkomen.

Tijdens één van de verdiepende gesprekken met professionals en experts in de afrondende fase van dit onderzoek kwam ter sprake dat de gemeenschappen waar VGV voorkomt vaak een ‘wij-cultuur’ kennen. In een dergelijke collectieve cultuur ligt de nadruk op het belang van

de groep en minder op het belang van de individu. Dit werkt door in de wijze waarop vrouwen zich uitspreken over hun situatie en eventuele medische klachten. Deze bevinding sluit aan op de ervaring van een verloskundige die vertelde dat verwacht wordt dat zij zelf vraagt naar de mogelijkheid van besnijdenis. Vrouwen zullen dat uit zichzelf niet aankaarten, maar verwachten wel dat de verloskundige ernaar vraagt. Als een professional zich hier niet bewust van is, en zeker als een professional handelingsverlegenheid ervaart, kan dit er makkelijk toe leiden dat niet ter sprake komt dat een vrouw besneden is.

De geslotenheid van sommige culturen maakt het ook niet makkelijk om het gesprek te voeren. Een zorgcoördinator van een vmbo-school vertelt over de ervaringen die zij heeft met Eritrese meisjes:

‘Meisjes uit Eritrea zijn heel gesloten, al kan het per kind verschillen. Ze weten zo weinig over het menselijk lichaam. Over seksualiteit en zo. Ze denken al dat je zwanger kan raken als je te dicht bij iemand in de buurt bent. Hierin lopen we wel al een beetje tegen de grens aan van wat wij als school kunnen bieden. Daar hebben we expertise van GGD eigenlijk nodig.’

Zorgcoördinator vmbo-school

Een medewerker van een crisisteam in de jeugdzorg legt uit dat je vertrouwen op moet bouwen voor meisjes willen vertellen over zoiets persoonlijks als besnijdenis:

‘Zo'n gesprek gaat heel moeizaam. De Somalische cultuur is heel erg gesloten. Dat een meisje last heeft van VGV, daar kom je pas maanden later achter. Hoe meer je laat zien dat ze vertrouwen in je kan hebben, komt steeds meer eruit. Ze klappen heel vaak dicht. Dan vraag ik niet door, het komt wel andere keer. Vaders en broers hebben een heel erg belangrijke rol. Soms laten ze niet toe dat je alleen een gesprek hebt met de meisjes. Dan heb je eigenlijk een OTS [onder toezichtstelling] nodig, om ze alleen te spreken te krijgen.’

Medewerker jeugdzorg

Cultuur- en traumasensitief werken

Al deze ervaringen onderstrepen het belang van wat respondenten ook wel omschrijven als ‘cultuursensitief’ werken. De ervaring van de medewerker uit de jeugdzorg laat bovendien het belang zien van ‘traumasensitief’ werken: je als professional bewust zijn van het feit dat iemand heel ingrijpende zaken meegemaakt kan hebben en vervolgens een context creëren waar daarover het gesprek kan worden gevoerd en passende hulp kan worden geboden. De besnijdenis zelf kan een traumatische ervaring zijn. Maar een trauma kan ook te maken hebben met de andere ervaringen. Dit is een aspect waar zeker bij vluchtelingen aandacht voor moet zijn. Traumasensitief werken betekent niet alleen aandacht hebben voor het feit dat iemand mogelijk getraumatiseerd is, maar ook onderkennen dat iemand informatie misschien niet goed verwerkt, als die persoon onder hoge druk staat of veel stress ervaart. Het niet altijd zin om VGV ter sprake te brengen als iemand mentaal met andere zaken bezig is. Bij een dreiging van VGV is het vanzelfsprekend wel belangrijk om dit evengoed te doen.

Sleutelpersonen

Intercultureel communiceren is niet makkelijk en stelt hoge eisen aan professionals. Verschillende respondenten wijzen op de waardevolle rol die sleutelpersonen kunnen spelen. Sleutelpersonen zijn mensen die zelf uit de bewuste gemeenschap komen, daar vertrouwen genieten én betrokkenheid hebben bij thema's als gezondheidszorg en VGV. De sleutelpersonen kunnen bijdragen aan het bespreekbaar maken van VGV in de eigen gemeenschap. Andersom kunnen zij professionals helpen met hun kennis over de gemeenschappen waar VGV voorkomt.

3.5 VGV herkennen en wegen

Verschillen tussen professionals

Hoe een professional VGV herkent, verschilt per sector en per beroep. Daarbij zijn de volgende verschillen relevant:

- **De mogelijkheid tot fysiek onderzoek.** Bij sommige beroepen is het heel vanzelfsprekend dat een professional lichamelijk onderzoek doet en daardoor zelf vast kan stellen of een vrouw wel of niet besneden is. Dat geldt bijvoorbeeld voor verloskundigen en gynaecologen en, in mindere mate, voor huisartsen (omdat niet elke klacht direct aanleiding geeft tot een specifiek lichamelijk onderzoek). Voor medewerkers in de kinderopvang geldt dat zij kunnen zien of een jong meisje besneden is of niet. Voor alle andere beroepen geldt eigenlijk dat er geen sprake is van directe waarnemingen, en dat professionals VGV dus via andere signalen dienen op te merken.
- **De duur van het contact.** Ook de aard van het contact tussen professional en betrokkene verschilt van beroep tot beroep. Sommige professionals hebben gedurende een langere periode contact met vrouwen of meisjes uit gemeenschappen waar VGV voorkomt. Bij andere professionals is er daarentegen juist sprake van eenmalig of kortdurend contact.

We werken deze verschillen nader uit aan de hand van enkele voorbeelden:

- Een **verloskundige** is gedurende een periode van enkele maanden intensief betrokken bij een zwangere vrouw. Het is een beroep waarbij het heel vanzelfsprekend is dat fysiek onderzoek plaatsvindt én waarbij een logische aanleiding bestaat om het gesprek over VGV te voeren. Ook over de vraag hoe de moeder denkt over eventuele besnijdenis van haar dochters. Een besnijdenis kan immers een risico vormen bij de bevalling. Verloskundigen zijn ook na de bevalling nog enige tijd betrokken, maar dit geldt slechts voor de eerste maanden. Overdracht aan de jeugdgezondheidszorg is daarom cruciaal als zorgen zouden bestaan over een mogelijk risico op VGV.
- Een medewerker van de **reizigersvaccinatie** ziet een klant gedurende vijftien minuten. Hier is sprake van een kortdurend en soms maar éénmalig contact. Toch kunnen deze professionals een belangrijke signaalfunctie vervullen vanwege het risico dat meisjes in het buitenland besneden worden. In de praktijk hebben deze professionals echter veel andere zaken aan hun hoofd: zij zijn er eerst en vooral voor verantwoordelijk dat iemand de juiste vaccinatie en het juiste advies krijgt, en dat rekening wordt gehouden met eventuele medische complicaties bij vaccineren. Daar ligt de primaire focus van deze professionals. Een 'taaktrigger' (een alertering als zich iemand meldt die op reis wil naar een land waar VGV voorkomt) kan dan van grote waarde zijn.
- Professionals uit het **onderwijs** zijn gedurende een langere periode betrokken bij kinderen uit de gemeenschappen waar VGV voorkomt. Zij zijn echter afhankelijk van wat een meisje vertelt om zich een beeld te kunnen vormen van een risico op VGV. Duidelijke gedragsveranderingen (veel buikpijn, vaak ziek, teruggetrokken raken) zijn triggers voor alertheid, maar als dan sprake zou blijken van VGV, is de besnijdenis al een feit.
- Medewerkers in de **kinderopvang** werken intensief met kinderen in een hele jonge leeftijd. Als zij kinderen verschonen, hebben zij zicht op een eventuele besnijdenis. Ook hier geldt echter dat als een plotselinge verandering zou worden geconstateerd, de besnijdenis al heeft plaatsgevonden. In de gesprekken met ouders komen zoveel andere

onderwerpen aan bod (van allergieën tot opvoedkundige vraagstukken) dat VGV geen vanzelfsprekend thema is.

- Een **huisarts** en de praktijkondersteuner *kunnen* een vertrouwensband opbouwen met vrouwen uit de gemeenschappen waar VGV voorkomt, maar dit is sterk afhankelijk van het feit of een vrouw met klachten (van welke aard ook) zich meldt. Dit geldt ook voor medische professionals die op een COA-locatie werken. **Jeugdartsen** en **jeugdverpleegkundigen** daarentegen, zijn in een positie waarbij alle kinderen in de leeftijd tussen 0 en 18 jaar op meerdere momenten in beeld komen. Dit is echter geen waterdicht systeem. Bovendien is, zeker bij oudere kinderen, geen sprake van een lichamelijk onderzoek waarbij besnijdenis geconstateerd kan worden.
- Voor **sociaal werkers** geldt dat zij veelal te maken hebben met vrouwen en/of gezinnen waar sprake is van andere problematiek. VGV is hier niet de trigger van de problematiek. Dit neemt uiteraard niet weg dat een vrouw besneden kan zijn en/of dat er meisjes in het gezin kunnen zijn die het risico lopen besneden te worden. Het oppakken van deze signalen staat of valt met de kennis van de betrokken professionals en hun vermogen hier het gesprek over aan te gaan.

Signalen en risico-inschatting

Uit deze voorbeelden volgt dat er vier triggers zijn voor het signaleren van (het risico op) VGV:

- Ten eerste door **fysieke waarneming**, rond een zwangerschap of bij klachten of complicaties vanwege een uitgevoerde besnijdenis. Opgemerkt wordt dat bij ‘lichte’ vormen van VGV niet altijd evident is dat een vrouw besneden is. Hierbij geldt dat de besnijdenis dan een feit is, maar dat de professional wel na kan vragen of er in het gezin mogelijk meisjes zijn die niet besneden zijn en het risico lopen besneden te worden. Uit de interviews blijkt dat professionals bij het constateren van een gerealiseerde VGV hier niet altijd op doorvragen.
- Ten tweede door **afwijkend gedrag**. Met name respondenten uit het onderwijs noemen afwijkend gedrag als een belangrijk signaal om VGV te herkennen. Als een meisje zich opeens teruggetrokken opstelt, vaak naar het toilet moet, veel buikpijn heeft of vaak ziek is, kan dit wijzen op VGV. Ook hier geldt dat als geconstateerd zou worden dat een meisjes besneden is, deze constatering te laat komt om de besnijdenis te voorkomen. Maar ook hier kan de professional navragen of er zusjes zijn die niet besneden zijn en die mogelijk wel risico lopen.
- Ten derde door **informatie uit gesprekken**. Professionals proberen in gesprekken met vrouwen (al dan niet samen met hun man of familie) inzicht te krijgen in het risico op VGV. Eerder in dit hoofdstuk is beschreven hoe professionals dit doen: door oordeelsvrij ter sprake te brengen dat de professional weet dat VGV in de desbetreffende gemeenschap voorkomt en door te vragen hoe betrokkenen daar zelf over denken. Afhankelijk van de antwoorden schatten professionals het risico op meisjesbesnijdenis in. Eerder in dit hoofdstuk is beschreven hoe professionals de antwoorden taxeren. Het zijn met name de gesprekken waarbij sociaal wenselijke antwoorden gegeven lijken te worden die de alertheid van professionals triggert. Uit de interviews blijkt dat professionals zich niet altijd bewust zijn van het belang het gesprek te voeren, zeker niet als een betrokkene met een heel ander probleem bij de professional komt.

- Ten vierde door **reis- en vakantieplannen**. Als een gezin een (vakantie)reis plant naar het land van herkomst (of een land waar VGV mogelijk is), zou een professional zich bewust moeten zijn van een mogelijk risico op meisjesbesnijdenis. In de interviews blijkt dat respondenten zich hiervan goed bewust zijn. Zij vertellen vooral alert te zijn als de ouders wat vaag blijven over de precieze aard van de reis. Of als de samenstelling van het reisgezelschap vragen oproept, bijvoorbeeld als alleen de moeder en jonge meisjes op reis gaan, en broertjes in Nederland blijven. Het gaat hier om vermoedens van een dreigende VGV, waarbij sprake is van een acuut gevaar.

Hoe professionals vervolgens handelen, als zij een signaal of vermoeden hebben van VGV, vormt het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

4 Handelen bij een vermoeden van VGV

Hoe professionals handelen bij (een vermoeden van) VGV is het thema van dit hoofdstuk.

Achtereenvolgens komen hierbij de volgende thema's aan de orde:

- hoe professionals handelen bij een gerealiseerde VGV (4.1);
- hoe professionals handelen bij dreigende VGV (4.2);
- bekendheid en gebruik van de Meldcode (4.3);
- ervaringen met Veilig Thuis (4.4) en
- overdracht tussen professionals (4.5).

4.1 Handelen bij een gerealiseerde VGV

De ervaringen van respondenten met gerealiseerde VGV lopen sterk uiteen. Sommige respondenten hebben veel gevallen gezien van vrouwen die besneden zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor verloskundigen en medische professionals op COA-locaties. Maar er zijn ook respondenten die vrijwel geen ervaring hebben met vrouwen die besneden zijn. Zo vertelt een GGD-arts het volgende:

'Ik heb voorbereidend op ons gesprek nog even nagevraagd bij mijn collega's. In de afgelopen 20 jaar heeft maar één verpleegkundige één keer iemand gezien die besneden was. We zien het dus eigenlijk niet.'

Arts seksuele gezondheid en reizigersadvisering GGD

Als respondenten constateren dat een vrouw besneden is, en dat niet recent gebeurd is, zien zij geen reden dit te melden bij Veilig Thuis. Respondenten wijzen op het feit dat de besnijdenis al lang geleden plaats heeft gevonden, mogelijk op een moment dat de vrouw nog niet in Nederland woonde:

'Ik zou het niet melden bij VT. Het is al gebeurd. Tenzij het misschien heel recent is. Maar dan nog... je wilt ze helpen als hulpverlener. En niet per se dat ze de gevangenis in gaat. Ik ga ook niet checken of ze al in Nederland woonde toen het gebeurde. Ik zie meer in preventie voor de volgende generatie. En of de vrouw nog hulp nodig heeft.'

Arts seksuele gezondheid GGD

'Ik had laatst een Eritrese vrouw, die bleek besneden. Als je dat dan uitlegt, dan kijken ze je aan: het is heel normaal. Ze klagen zelf niet. Ze weten niet beter. Die mensen meld ik niet. Behalve als het problemen zijn en er gynaecologisch iets moet gebeuren. Wel als het om een kind gaat, bij de JGZ, om ze er op te wijzen dat het niet mag. Dat wordt wel opgepakt.'

Huisarts op COA-locatie

'De meiden die ik zie die besneden zijn, die zijn vaak zestien. Die zijn dan elf jaar geleden besneden. Dan doe ik geen melding bij Veilig Thuis.'

Jeugdverpleegkundige

De vraag of iemand een gerealiseerde VGV zou melden bij Veilig Thuis leidt in sommige gesprekken tot een wedervraag aan de onderzoekers: professionals hoeven een gerealiseerde VGV toch niet te melden? Dit vloeit toch niet logisch uit de Meldcode voort? Eén respondent voegt daaraan toe dat het maar beter ook is dat gerealiseerde VGV *niet* gemeld wordt, omdat Veilig Thuis anders veel extra werk zou hebben aan meldingen die niet direct een acuut karakter hebben.

Hier kan tegenin worden gebracht dat als een vrouw die zelf besneden is kinderen heeft of zwanger wil worden, daar wel reden is om uit te vragen hoe een vrouw denkt over besnijdenis van haar eigen dochters. Als dit reden tot zorg geeft, zou die zorg gemeld kunnen worden als structureel risico. Uit het veldwerk blijkt echter dat respondenten hierin geen reden zien om te melden.

Verschillende respondenten geven aan zich bij een gerealiseerde VGV vooral te richten op het bieden van goede (na)zorg. Dit geldt vooral voor professionals met een medisch beroep en voor verloskundigen. Nazorg kan bestaan uit het verhelpen van fysieke klachten, maar ook uit het bieden van psychosociale zorg. Goede nazorg kan overigens ook een preventieve werking hebben, omdat het de vrouw ondersteuning biedt en weerbaar maakt voor druk uit de gemeenschap om haar eigen dochters te laten besnijden.

Handelen bij een recente besnijdenis

In één van de interviews kwam een casus naar voren waarbij sprake was van een recent uitgevoerde besnijdenis. De casus speelde op een kinderdagverblijf. De medewerkers hadden een sterk vermoeden dat een meisje besneden was. Hun manager heeft deze casus vervolgens verder opgepakt. Het verhaal van deze manager is om meerdere redenen relevant. Ten eerste omdat het laat zien hoe professionals feitelijk handelen bij een sterk vermoeden van een recente *gerealiseerde* besnijdenis. Ten tweede omdat de casus goed laat zien welke overwegingen en onzekerheden een rol spelen als een vermoeden van VGV ontstaat. En ten derde omdat de casus ook laat zien dat de bijdrage van andere partijen niet vanzelf tot stand kwam.

De manager van de kinderopvang vertelt:

‘Het ging om een jonge peuter. Medewerkers trokken vrij snel aan de bel. Het waren drie medewerkers, en die hadden alle drie het niet pluis gevoel. Het viel hen op dat als ze gingen verschonen, dat er iets was in de schaamstreek. Het leek ook een beetje ontstoken. Het ziet er ook echt heel anders uit dan wij gewend zijn. En het meisje leek er ook last van te hebben. Eén van de medewerkers had ook ervaring in de asielopvang. Die herkende symptomen en die had ook ervaring met verschillende culturen. Die had vanuit haar ervaring ook het idee dat het lastig kon worden. Ikzelf kreeg daar als leidinggevende ook voor het eerst mee te maken.

Ik dacht: we hebben hier echt iets ingewikkelds bij de hand. We hebben ook een plicht vanuit de wet. Maar je moet eerst onderzoeken: gaat het hier om besnijdenis? Want hoe kun je dat vaststellen? En van het eerste moment dat medewerkers dat opmerken, dan kom je in een heel ingewikkeld web, met allerlei instanties.

Ik heb toen gebeld met Veilig Thuis, dat was ook het advies van de pedagogisch adviseur. Het advies was om met de ouders in gesprek te gaan. Benoem dat je het anders eruit vindt zien en dat je het van belang vindt dat ze een arts gaan raadplegen. Dan kan de arts vaststellen of er sprake is van besnijdenis. Dat vond ik wel een mooie oplossing. Dan kon ik contact houden met de ouders. En konden ze op de opvang blijven.

Maar hoe moesten we dat organiseren? Het was best lastig te communiceren. Meestal kwam de vader het kind ophalen. Ons idee was om ze te bewegen eerst eens naar de huisarts te gaan. We hadden afgesproken dat de medewerker het kon omschrijven: het ziet er rood uit, het ziet er een beetje anders

uit. Misschien heeft ze iets nodig, zalf of medicatie. We raden aan om de huisarts te raadplegen. Maar als snel bleek dat de vader geen behoefte had of het niet begrepen had. De medewerker had al snel door: ik kom er niet doorheen. We kwamen toen in de lockdown terecht. Het kind raakte uit beeld. Ik heb het consultatiebureau gebeld. Ik vroeg was ze precies doen bij een kind van twee. Ze zeiden: je stelt wel bijzondere vragen. Maar ik zei: ik wil een kind van top tot down onderzocht hebben. Ze deden er moeilijk over. Ik heb toen gezegd: ik zal de casus beschrijven zonder namen te noemen. Toen ontstond er echt paniek. Ik denk dat die medewerker verstrikt raakte in de privacywet. Die raakte in paniek toen ik zei de casus te willen bespreken. Die wilde het gesprek zo snel mogelijk beëindigen. Er was een arts die riep: nee, nee, nee, ik kan het meteen herleiden. Maar ik zei: hoe kan ik dan zorgen dat er iets gedaan wordt? Er moet iets gebeuren! Er is iets gebeurd wat verboden is bij de wet. Ik wilde actie.

Toen besloten we een stoepbezoek te doen. Ik dacht: als ik er als manager bij kom, komt er misschien iets meer gewicht in de schaal. En als we via een tolk gaan communiceren weet ik zeker dat ze de boodschap krijgen die ik vertellen wil. Die tolk zou een dame zijn, maar toen het gesprek zou plaatsvinden bleek het een man te zijn. Toen dacht ik: ik weet niet of ik dit handig vind, maar ik moet het ermee doen. Ik heb toen in een voorgesprek gepolst hoe ik die man in moest schatten. Ik heb omschreven dat er een zorg was, en dat het misschien een ingewikkeld gesprek kon worden. Last in de schaamstreek. Zonder blikken of blozen zei hij: ik begrijp het. Maar ik moet er maar op vertrouwen dat hij het goed overbracht.

Ik heb eerst die ouders gerustgesteld in het gesprek. Fijn dat jullie er zijn, fijn dat de lockdown is opgeheven. Fijn dat de dochter er weer is. We zien dat ze zich goed ontwikkelt en dat ze fijn speelt. Maar er is wel iets waar we zorgen om hebben. Ik heb toen de taal als ingang gekozen. Dat het van belang dat ze goed Nederlands leert. Dat beide ouders de taal niet goed spreken. Ik stelde voor dat ze naar het consultatiebureau zouden gaan, zodat er een voorschoolse indicatie kon komen. Voor de taalspraak-ontwikkeling. Maar dan kon ik ook terug naar het consultatiebureau dat ze het meteen van top tot teen zou onderzoeken. Dan zou ik de naam kunnen noemen, want ik zou daarvoor toestemming vragen aan de ouders. We hebben ook benoemd dat het goed zou zijn ook in de luier te laten kijken: het ziet er rood uit, het kan problemen geven. Laat het checken, misschien is er niets, maar misschien is er iets nodig.

Door de tolk die er tussen zat begreep ik dat ze het er mee eens waren. Ook voor de taalspraak-ontwikkeling. Zo is de bal gaan rollen. Nadat ik gesproken had met de consultatiebureauarts heb ik nog een keer gebeld met de pedagogisch adviseur. Het is toch te gek voor woorden dat het zo gaat. Ik zie eigenlijk nu alleen de mogelijkheid om met de ouders in gesprek te gaan met de tolk. Maar dat kost ook best geld voor de tolk, 65 euro per uur. Maar dit is wat het is, dit moet gebeuren. Ik heb getoetst, is er iets dat ik over het hoofd zie, kan ik in de problemen komen, breng ik de ouders in verlegenheid. Vergeten we iets, wat kunnen consequenties zijn? Wat kan er gebeuren? Zolang ik niet zeg wat ik vermoed, maar als ik vertel wat ik zie en als ik zorgen heb om het kind, wat kan er dan gebeuren? Niet zoveel. Ik heb niets genoemd wat ik beter niet kan noemen.

Het consultatiebureau heeft als het goed is dat kind van top tot teen bekeken. Die hebben die indicatie afgegeven. Wat ze precies gezien hebben, daar doen ze geen uitspraak over. We weten niet zeker of ze dat onderzoek hebben gedaan. En we weten niet of ze het hebben geconstateerd. Daar mogen zij niets over prijsgeven. Het zusje van het meisje hebben we ook doorgegeven aan dat consultatiebureau. Het blijft wel ingewikkeld omdat je geen terugkoppeling krijgt.

En Veilig Thuis, die adviseerden naar de huisarts of naar de kinderarts te gaan in het ziekenhuis. Probeer er tussen te blijven, dat jij de afspraak gaat maken of dat jij er bent voor de terugkoppeling. Ze hebben wel gezegd: als je niet verder komt, dan moet je terugkomen en dan moet je melding maken. Ik heb geen melding gedaan. Je kunt anoniem melden, maar dat is niet zo anoniem als je denkt. Ik dacht: als ik ga melden, kunnen zij terug herleiden dat het via de kinderopvang is gegaan. In het begin hadden we zoiets van, kunnen we iets bevestigd krijgen. Maar als we er niet mee vooruit komen, dan moet je wel een melding maken. En het ingewikkelde was wel dat de lockdown er tussen zat. We hebben het kind een aantal weken niet gezien. Het klopt dat je op enig moment een melding moet doen, maar we hebben in eerste instantie op basis van het advies van Veilig Thuis zelf stappen ondernomen om het bevestigd te krijgen. Maar een melding te maken over iets waarvan je niet zeker weet of het zo is, dat is ook best lastig.

Het is een ingewikkelde situatie. Het is spannend. Ik meen dat het Veilig Thuis was, die in het begin ook zei dat we heel voorzichtig te werk moesten gaan. Ik heb ook gebeld met mijn leidinggevende. Deze casus heb ik bij de hand, als het mis gaat, sta ik dan alleen? Iemand zei ook: je moet ook echt opletten, want er kan ook eerwraak om de hoek kijken. Dat je een cultuur beledigt. Ik moet eerst meer te weten komen over een cultuur. Wat kan ik dan wel en wat kan ik dan niet? Als je jaren bij het vluchtelingenwerk aan het werk bent geweest, dan weet je niet beter. Maar ik werk in een deel van het land waar veel Nederlanders gebruik maken van de opvang, en heel af en toe een andere cultuur. Ik vond het heel interessant, maar ik vond het wel spannend. Noem het handelingsverlegenheid. Of angst. Zodra je zo'n situatie bij de hand krijgt merk je dat niet iedereen staat te springen om je te ondersteunen.'

Uit deze casus blijkt hoe lastig het voor professionals kan zijn om ook bij vermoedens van recent gerealiseerde VGV de juiste stappen te nemen. Er spelen veel onzekerheden van het duiden van de signalen (Klopt ons vermoeden? Wie kan dit vaststellen?) tot aan het handelen toe (Wie kunnen we inschakelen? Hoe kunnen we in gesprek met de ouders als zij de taal niet spreken?). Tevens wordt duidelijk hoe bang professionals kunnen zijn om onterecht een melding te doen. Opvallend is daarnaast hoe moeizaam in dit geval de samenwerking met andere partijen tot stand is gekomen. Interpretatie van privacyregelgeving vormde daarbij een grote drempel, net als onduidelijkheid over wat van andere partijen verwacht kan worden. De persoonlijke betrokkenheid en het volhouden van de individuele professionals lijkt in deze casus cruciaal te zijn geweest.

4.2 Handelen bij een dreigende VGV

Een grote meerderheid van de respondenten heeft zelf niet te maken gehad met een situatie waarbij sprake was van een dreigende VGV. In veel interviews is daarom gevraagd hoe respondenten zouden handelen als zij te maken zouden hebben met een acute situatie, waarbij een meisje dreigde besneden te worden. Bijvoorbeeld als de ouders met hun dochters concrete reisplannen hebben en er sterke aanwijzingen zijn dat de meisjes in het land van herkomst het risico lopen besneden te worden. Als de signalen heel duidelijk en eenduidig zijn, zou dit voor vrijwel alle professionals reden zijn actie te ondernemen:

'Voor mij is er wel een onderscheid tussen of het wel gebeurd is of niet. Bij de dreiging voel ik me meer genoodzaakt te handelen. Dat iets dat hier verboden is waarvan je niet wilt dat iemand dat hier aangedaan wordt. Ik zou daar wel de Meldcode volgen.'

Medewerker CJG

'Als mensen echt zouden gaan, dan zou ik meteen zeggen: luister, ik ga het melden of ik ga aangifte doen! Dat klinkt misschien een beetje raar. Maar zo ver hoeft je het nooit te laten komen. Ik heb nog nooit meegemaakt dat ik het gevoel had, dat ik me echt zorgen moest maken. Ik heb wel een keer een casus gehad dat men ging reizen. Maar in die casus had ik niet het gevoel dat er iets ging gebeuren. Daar had ik wel vertrouwen in.'

Jeugdverpleegkundige

Overigens verschilt het per respondent hoe signalen worden geïnterpreteerd. Zo vertelt een huisarts het niet gepast te vinden bij een voornemen voor een vakantiereis naar Somalië meteen de conclusie te trekken dat er een besnijdenis plaats zal vinden. Deze huisarts benadrukt het belang van verder onderzoek, voor je als professional je conclusies trekt:

'Ik weet niet wat ik zou doen bij een acute situatie. Het hangt van de situatie af. Als ze met vakantie gaan, ga ik niet meteen naar Veilig Thuis. Vaak denk ik er ook niet aan. Maar als ik er aan denk zou ik er naar kunnen vragen. Ik zou niet meteen Veilig Thuis gaan bellen. Van luister eens ze gaan met de kinderen naar Somalië op vakantie. Dat is ongepast. Je hebt een idee, maar ik vind niet dat je dat kunt maken. Dan zul je toch meer onderzoek moeten doen om te kijken hoe groot het risico is.'

Huisarts

Bij een vermoeden van een dreigende VGV zouden professionals veelal eerst overleggen met een collega en vervolgens verdere stappen zetten, zoals het doen van een melding bij Veilig Thuis. Er zijn echter ook professionals die zeggen dat zij liever de jeugdgezondheidszorg zouden informeren. Dat zijn organisaties waar zij al bekend zijn en waar zij contacten hebben waar zij op terug kunnen vallen. De bekendheid en nabijheid is een belangrijke reden om deze partijen op te zoeken. Andersom geldt dat Veilig Thuis relatief onbekend is voor een groot deel van de professionals en als ‘ver weg’ ervaren wordt. Paragraaf 4.4 gaat dieper op dit thema in.

De realiteit is dat professionals veelal een oordeel moeten vormen op basis van beperkte informatie. Je kunt een vermoeden hebben, maar dat wil nog niet zeggen dat je vermoeden juist is. Bijvoorbeeld als in een gesprek met ouders waarin de vraag is gesteld hoe zij denken over VGV het antwoord op die vraag de professional niet geruststelt. Is dat dan een reden om te melden? Respondenten blijken op dit punt terughoudend. Er bestaat zorg om ten onrechte een melding te doen. Bij artsen speelt daarbij ook de zorg over mogelijke tuchtrechtelijke consequenties. Een huisarts verwoordt dit als volgt:

‘Het is altijd wel weer goed uitpluizen wat je wel en niet mag. Want voor je het weet sta je bij de tuchtrechter. Zeker als je een gevaar voor het kind denkt te zien. Voor je gevoel ga je aan de slag. Je moet heel goed je grenzen weten. Ik weet uit Medisch Contact dat er kinderartsen zijn die hun nek hebben uitgestoken, die twee jaar in een tuchtrechtprocedure zijn beland. Dat gaat je niet in de koude kleren zitten. Je kunt aan het eind gelijk krijgen, maar als je twee jaar gedonder hebt, dat is erg.’

Huisarts

Een verloskundige vertelt dat haar collega’s niet goed door durven pakken als mensen afspraken (niet per se over VGV) die met de verloskundige worden gemaakt niet nakomen. Ze heeft gehoord dat verloskundigen ook wel bedreigd zijn:

‘De collega zegt dan: we geven je het voordeel van de twijfel. We maken afspraken, anders doen we een melding. Maar als mensen vervolgens de afspraken niet nakomen, wordt alsnog geen melding gedaan. Mensen zijn bang voor de reactie. Ook omdat wij best kwetsbaar zijn als verloskundige. We zijn kleine teams, makkelijk om op te sporen. Dat mensen bedreigd worden heb ik ook al gehoord. Je hebt te maken met familieleden, partners... daar is nog veel werk aan te doen.’

Verloskundige

Denkbaar is dat dit (onbewust) een drempel vormt voor het doen van een melding over vermoedens van VGV. Ook speelt mee dat respondenten bang zijn dat ze de vertrouwensrelatie schaden:

‘Ik zie dat er vanuit het onderwijs heel terughoudend gereageerd wordt als het gaat om het doen van zorgmeldingen. Of om advies te vragen bij Veilig Thuis. Men vindt het lastig de stap te zetten uit angst de relatie met de ouders en het kind te schaden. [...] Je ziet dat de leerkrachten heel terughoudend zijn in het doen van zorgmeldingen. Terwijl het dan echt wel gaat om meldingswaardige casussen.’

Intern begeleider, primair onderwijs

Ook heel jonge meisjes kunnen besneden worden. En besnijdenissen vinden volgens sommige respondenten mogelijk ook plaats in omliggende landen, zoals België en het Verenigd Koninkrijk. Enkele respondenten sluiten niet uit dat er ook in Nederland in een informeel circuit meisjes besneden worden. Daarom zou geredeneerd kunnen worden dat per definitie sprake is van een acute situatie, als er vermoedens zijn van een dreigende VGV. Toch ervaren respondenten dit niet altijd zo:

'Ik heb nog nooit gehad dat iemand zegt dat zij hun kind willen besnijden. Ook nooit gedacht dat zij dat willen. Eerder dat ik denk dat zij een verhoogd risico hebben. Ik zou dan eerder de JGZ inlichten, niet Veilig Thuis. In de zin van: houd haar een beetje in de gaten.'

Verloskundige

4.3 Bekendheid en gebruik van de Meldcode

Het bestaan van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is bij vrijwel alle respondenten bekend, al zijn er respondenten die er meteen bij zeggen dat zij de stappen niet precies uit het hoofd weten.

Voor de meeste respondenten geldt dat zij de Meldcode ook wel eens gebruiken. Een uitzondering geldt voor een aantal respondenten die bij de afdeling reizigersvaccinatie van een GGD werken. Zij geven aan wel van de Meldcode te hebben gehoord, maar er niet actief mee te werken. De overige respondenten kennen de Meldcode vooral in verband met huiselijk geweld en kindermishandeling. En dus niet specifiek in verband met meisjesbesnijdenis. Overigens vinden veel respondenten de Meldcode prima bruikbaar voor het melden van VGV:

'Ik luister naar het kind en vraag anoniem om advies bij Veilig Thuis, dan volgt uit gesprek met Veilig Thuis het advies om in gesprek te gaan met ouders. Als het kind zegt: ik wil werkelijk niet naar huis, dan weet je dat je melding moet doen. Eigenlijk is het redelijk simpel. Ik denk dat ik een vermoeden van VGV op dezelfde manier zou benaderen.'

Zorgcoördinator voortgezet onderwijs

Een enkele respondent weet dat er een specifieke factsheet beschikbaar is die een verdieping op de Meldcode biedt met betrekking tot thema's als eengerelateerd geweld, huwelijksdwang en VGV. Dit is echter niet breed bekend.

Hoe professionals de Meldcode doorlopen

Slechts enkele respondenten hebben in hun werk te maken gehad met een acuut risico op VGV, bijvoorbeeld als sprake is van een buitenlandse reis die vragen oproept bij de professional. In zo'n geval komt de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in beeld.

Veel vaker is echter sprake van een situatie waarbij de professional VGV met betrokkenen bespreekt en hen daarbij informeert over het feit dat besnijdenis in Nederland strafbaar is. Zo'n gesprek wordt niet gevoerd met de Meldcode in de hand. Maar professionals handelen dan wel in de geest van de Meldcode, bijvoorbeeld door bij een niet pluis-gevoel advies te vragen bij Veilig Thuis of te overleggen met een collega. Dat kan een collega zijn binnen de eigen organisatie (veelal een collega die een rol als aandachtsfunctionaris vervult), of een professional van een andere organisatie, zoals de (aandachtsfunctionaris van de) jeugdgezondheidszorg. Ook nemen professionals wel eens contact met deskundigen van de eigen beroepsorganisatie, zoals de KNOV of de LHV. Dit sluit aan bij stap 2 van de Meldcode.

Vervolgens blijken professionals hun zorgen eerder te delen met de huisarts of de jeugdgezondheidszorg dan dat zij een melding doen bij Veilig Thuis. Daarbij kunnen verschillende argumenten een rol spelen, zoals eerder beschreven: van zorgen om de vertrouwensrelatie met betrokkenen, tot de onzekerheid of het vermoeden wel juist is (en de zorg voor mogelijke tuchtrechtelijke consequenties daarvan). Geconstateerd wordt dat het feit dat er veelal niet sprake is van een acuut risico, de noodzaak om een melding te doen bij Veilig Thuis remt. Verschillende respondenten geven aan het onderwerp op een later moment

nog eens met betrokkenen te willen bespreken. Ook zijn er respondenten die hun zorgen delen met een professionele partner uit hun netwerk, zoals deze verloskundige:

‘Over de Meldcode hebben we het niet gehad op school. Ik kan de Meldcode ook niet oplepelen. En ik ben nooit in situatie geweest dat ik dacht: nu moet je melden. Ik vind het te ver gaan om een melding te doen van mensen die het niet van plan zijn. Dat vind ik niet netjes. Wat ik wel netjes vind is om toestemming te vragen: vind je het goed als ik aan het consultatiebureau doorgeef dat jullie het erover hebben [over een mogelijke besnijdenis]?’

Verloskundige

Het verhaal van deze verloskundige is illustratief voor de wijze waarop een substantieel deel van de respondenten de Meldcode beleeft in relatie tot VGV: de Meldcode is bekend, de relevantie ervan voor het melden van VGV wordt breed gedragen, maar de signalen die professionals in hun praktijk opdoen, zijn kennelijk niet van zodanige concreetheid of ernst dat professionals over gaan tot het melden bij Veilig Thuis. Deze respondenten zijn eerder bezorgd om een goede overdracht naar andere professionals, zodat signalen en zorgen niet verloren gaan. Dat Veilig Thuis daar een rol in kan vervullen, wordt kennelijk niet zo ervaren. De volgende paragrafen bouwen op deze bevinding voort.

4.4 Ervaringen met Veilig Thuis

De meeste respondenten zijn bekend met het bestaan van Veilig Thuis. Niet iedere respondent heeft zelf ervaring met Veilig Thuis. Dat is bijvoorbeeld het geval als er binnen de organisatie een aandachtsfunctionaris is aangesteld voor huiselijk geweld en kindermishandeling. In het onderwijs loopt het contact met Veilig Thuis veelal via de zorgcoördinator of de intern begeleider. Voor de professionals die een vermoeden hebben van VGV is een eerste stap dan het signaal te bespreken met deze meer deskundige collega. Die kan vervolgens ook advies vragen of een melding doen bij Veilig Thuis.

Bij de ervaringen van professionals met Veilig Thuis kunnen we onderscheid maken naar de ervaringen bij vragen van advies aan Veilig Thuis (in stap 2 van de Meldcode) en ervaringen met het doen van een melding bij Veilig Thuis (in stap 5 van de Meldcode).

Ervaringen met het vragen van advies aan Veilig Thuis

Professionals zijn overwegend positief over de mogelijkheid om advies te vragen bij Veilig Thuis. Respondenten zijn blij dat zij met iemand kunnen bellen om te overleggen wat bij een specifieke casus een verstandige aanpak is. Een verloskundig vertelt over haar ervaringen met Veilig Thuis in de adviesfase (waarbij het niet specifiek over VGV gaat):

‘Waar wij heel blij mee zijn is dat je ook anoniem een casus kunt bespreken waarvan je niet zo goed weet wat je ermee moet. Dan doen we een anonieme hulpvraag, dat is heel prettig. We doen ook meldingen. Maar als er hulpverlening bij betrokken is van een grotere organisatie, dan vinden we het fijn als zij het doen. Bijvoorbeeld het wijkteam, of het maatschappelijk werk in het ziekenhuis. Het wijkteam blijft betrokken, wij niet. Wij zijn na die negen maanden uit beeld. En het kan de relatie schaden. Wij zijn een kwetsbare beroepsgroep. En altijd, behalve als er echt gevaar is, bespreek ik het met de mensen.’

Verloskundige

Ook andere respondenten, in andere (Veilig Thuis-)regio's hebben soortgelijke ervaringen:

‘Veilig Thuis kan adviseren. Dat is zo fijn, dat een extern iemand even mee kan denken. Ze geven ook veel tips. Het is ook even een sparringpartner. Ik vind het heel prettig samenwerken.’

Verloskundige

'Ik overleg bij een slecht gevoel [over een casus] altijd met een collega of met Veilig Thuis. Het is vaak een gevoel en dan is het fijn om advies te vragen. Ik doe dat altijd, ik vind ook echt dat dat moet, je moet het beste doen voor het gezin. Als ik twijfel moet je iemand hebben met wie je het kan bespreken.'

Verpleegkundige

Overigens blijkt niet altijd duidelijk waar Veilig Thuis voor staat en wat professionals van Veilig Thuis kunnen verwachten. Een jeugd- en gezinswerker vertelt dat veel van haar collega's niet goed geïnformeerd zijn over Veilig Thuis:

'Veel mensen weten niet dat je bij VT ook advies kunt vragen. Zij denken: dat is de partij die kinderen uit huis haalt. En er is veel onwetendheid.'

Jeugd- en gezinswerker

In de interviews laten enkele respondenten zich kritisch uit over het contact met Veilig Thuis in de adviesfase. De beleving is dat Veilig Thuis zaken snel teruglegt bij de professional, die er dan toch alleen voor staat. Een verpleegkundige van een consultatiebureau ervaart het dat Veilig Thuis dan 'niet thuis geeft'. Een jeugdverpleegkundige vertelt over haar ervaringen:

'We hebben Veilig Thuis wel voor zaken ingeschakeld. Voor kindermishandeling dan, niet voor VGV. Ik heb meer aan overleg binnen mijn eigen team. Als er geen kindzorgen of signalen zijn, krijg je te horen dat ze een casus niet aan kunnen nemen. Dan raak je een beetje gefrustreerd. Ik heb meer aan de aandachtsfunctionaris en aan mijn collega's. Meer dan aan overleg met iemand die er toch niets mee doet. Ik heb niet altijd het idee dat ze altijd goed doorpakken. Ze zijn ook superdruk en schalen weer snel af. Dan ligt het weer bij jou.'

Jeugdverpleegkundige

Een manager uit de kinderopvang vertelt over een situatie waarbij sprake was van verwaarlozing van een kind:

'Ik heb zelf eens aan de hand gehad dat ze lacherig deden. Dat maakt dat ik denk: het lijkt erop dat het niet eens serieus genomen wordt. Dat ging om een vermoeden van kindermishandeling. Over verwaarlozing. Kinderen die zonder ontbijt naar de locatie werden gestuurd. Met de luiers van de nacht nog aan. En smerige kleren, die ze al een hele tijd aan hadden. Iedere keer dezelfde kleding. Midden in de winter geen winterjas aan. Dat vond Veilig Thuis niet echt een situatie waar ze mee aan de slag moesten gaan. Maar ik wilde advies hoe ik het gesprek aan moest gaan. Daar werd een beetje om gelachen: dit stelt niet zo heel veel voor. Maar ik moet ook bekennen dat er vaak ook goede adviezen worden gegeven. Al word je vaak wel teruggestuurd.'

Manager kinderopvang

Deze casus had betrekking op verwaarlozing, maar de vraag om tips over gespreksvoering is wellicht ook denkbaar en relevant in casuïstiek waarbij sprake is van vermoedens van VGV. Het is van groot belang dat professionals zich serieus genomen voelen. Veilig Thuis wordt door professionals vaak te veel als op afstand ervaren, ook omdat de werkwijze bij Veilig Thuis niet breed bekend is.

Ervaringen met het doen van een melding bij Veilig Thuis

Respondenten zijn het meest kritisch over de meerwaarde van Veilig Thuis als zij een melding doen. Een jeugdverpleegkundige vertelt dat ze niet over één nacht ijs gaat voor ze besluit een melding te doen:

‘Het gevoel niet gehoord te worden, vooral dat gevoel... Als ik een melding doe, dan heb ik echt een pad gevolgd. Dan worden mijn zorgen voor mijn gevoel best gebagatelliseerd. Ik voel me dan niet gehoord. Ik kan dan niet zoveel meer. Als ik echt signalen heb van kindermishandeling, dan ben ik echt verplicht er wat verder mee te doen. Maar dan zit ik aan de telefoon met een laag verwachtingspatroon. En dat vind ik vervelend.’

Jeugdverpleegkundige

Deze ervaring ging niet over VGV, maar over situaties waarbij sprake was van verwaarlozing en kindermishandeling. De ervaringen die professionals bij dergelijke casussen hebben met Veilig Thuis, werken ook door in hun verwachtingen over wat Veilig Thuis bij vermoedens van VGV voor hen kan betekenen.

Respondenten vertellen ook dat zij de interventies die Veilig Thuis doet niet altijd passend vinden.

‘Het heeft te weinig zin om te melden. Mijn ervaring is dat ze er soms meteen bovenop zitten als ik denk dat het niet hoeft. En soms laten ze het lopen of wachten ze terwijl het ernstig is en er wel haast geboden is. Het is een bureaucratisch gedoe, ook daar. Er is ook weinig vertrouwen in Veilig Thuis. Dat komt ook door escalaties die niet passend voelen. En ook of Veilig Thuis goed om gaat met de onzekerheid die je voelt als je een vermoeden hebt van VGV.’

Jeugdverpleegkundige op een COA-locatie

‘Ik heb verschillende meldingen van huiselijk geweld bij volwassenen gedaan, waarbij het mij tegenviel wat Veilig Thuis deed. Dan gaf het slachtoffer aan dat het wel meeviel en deed men niets. En bij een kind waarover ik meldde, werden de kinderen uit huis gehaald, werd de vader weggeleid. Dat kwam uit onmacht. De relatie met mij was daarna wel klaar. Ik weet niet hoe het verder is gegaan met dat gezin.’

Huisarts

Uit de interviews blijkt dat respondenten vooral onzeker zijn over wat de impact zal zijn voor betrokkenen, als zij een melding doen bij Veilig Thuis. Wordt een kind dan uit huis geplaatst? Of worden de ouders gestraft? Dit speelt mee in de overwegingen van professionals om te melden bij Veilig Thuis. En deze zorg resoneert ook in de culturele gemeenschappen waar VGV voorkomt. Voor zover mensen al bekend zijn met Veilig Thuis, heerst er vaak het beeld dat het de organisatie is die je kinderen uit huis plaatst. Zeker in bepaalde culturele gemeenschappen is er een perceptie dat de overheid en Veilig Thuis kinderen uit huis plaatsen als er problemen zijn in de opvoeding. Een verloskundige vertelt hoe ze probeert vrouwen uit gemeenschappen waar VGV voorkomt te empoweren:

‘Ik leg ze uit wat Veilig Thuis is, dat ze niet bang hoeven zijn. Ik merk veel wantrouwen naar Veilig Thuis. Bij Eritrese mensen vindt relatief vaak een uithuisplaatsing plaats is mijn beeld. Het wordt niet altijd gedeeld in de gemeenschap waarom een kind uit huis geplaatst wordt. Mensen denken: de overheid pakt je kind af. Dat is iets wat ik vaak hoor. Doet Veilig Thuis dat zo maar? Vrouwen zijn dan bang om iets verkeerd te doen. Bijvoorbeeld bang om nee te zeggen tegen je kind als ze snoepje willen. Het is zonde dat die mensen dat beeld hebben van Veilig Thuis. Zo gaan ze zelf nooit advies vragen. Terwijl er wel veel expertise is bij Veilig Thuis.’

Verloskundige

Zicht op veiligheid

Eén van de verantwoordelijkheden van Veilig Thuis is zicht op veiligheid te realiseren. Veilig Thuis heeft de wettelijke taak en mogelijkheden om signalen van verschillende professionals bij elkaar te brengen, ook over een langere periode van tijd. Veel respondenten zien hier echter niet de meerwaarde van als het gaat om VGV. Als zij zorgen hebben dat een meisje mogelijk in de toekomst besneden zou kunnen worden, geven zij die zorgen liever door aan

de jeugdgezondheidszorg of de huisarts. Een intern begeleider uit het primair onderwijs verwoordt het als volgt:

‘Er gaat een heel traject vooraf aan een melding bij Veilig Thuis. Dat doe je niet meteen. Je probeert eerste andere dingen. Het zou wat zijn als je alle zorgen meteen zou melden!’

Intern begeleider, primair onderwijs

In deze reactie ligt een beeld van Veilig Thuis besloten als ‘last resort’, waar de professional zich toe wendt als andere opties zijn uitgeput. En de reactie geeft geen uitdrukking van het besef dat het melden bij Veilig Thuis zinvol is om signalen te kunnen bundelen. Eerder is beschreven dat professionals geen meerwaarde zien in het melden van gevallen van (lang geleden) gerealiseerde VGV bij Veilig Thuis. Ook uit die bevinding blijkt dat veel professionals het melden van signalen voor zicht op veiligheid door Veilig Thuis niet als doel op zich ervaren.

4.5 Overdracht tussen professionals

De aanpak van VGV is gebaat bij een goede overdracht tussen verschillende professionals die bij een gezin en bij opgroeiende kinderen betrokken zijn. Hoe de overdracht van vermoedens van VGV en zorgen over een mogelijke toekomstige besnijdenis verschilt per beroepsgroep. Bij de overdracht van verloskundige naar het consultatiebureau / de jeugdgezondheidszorg is sprake van een duidelijke overdrachtsstructuur. Maar in de asielopvang of het onderwijs is de overdracht veel minder strak gestructureerd, waardoor de kans bestaat dat signalen van een risico op VGV niet doorkomen.

Ongeacht deze verschillen geldt dat een zorgvuldige overdracht niet vanzelf tot stand komt, maar de actieve inzet vergt van de professional die overdraagt en ontvangt. Respondenten benadrukken het belang van een sterk lokaal netwerk, waar professionals elkaar kennen. Elkaar kennen draagt naar hun mening bij aan een warme overdracht. Verschillende respondenten merken op dat zij vanwege privacyaspecten zich soms belemmerd voelen in de overdracht van signalen. Hieronder werken we dit algemene beeld nader uit aan de hand van bevindingen over specifieke overdrachtmomenten tussen verschillende professionals.

Overdracht tussen de verloskundige en de jeugdgezondheidszorg

Uit de interviews met verloskundigen blijkt dat zij vrouwen die zelf besneden zijn en die bevallen van een dochter expliciet vragen hoe zij denken over meisjesbesnijdenis. Hoe denken ze daarover? Verloskundigen zijn hiermee in een goede positie om een eventueel risico dat een meisje besneden zou kunnen worden vroegtijdig te signaleren. De verloskundigen zijn echter na de bevalling nog maar kort betrokken:

‘Ik vind de overdracht naar de JGZ en de huisarts heel belangrijk. Zij zien de mensen veel langer. Wij komen nog op huisbezoeken tot dag 8 of 9 na de bevalling. We komen nog een stuk of vier keer langs. Niet alleen checken we of de baby goed gegroeid is, we hebben ook gesprekjes: hoe zie je de toekomst? Hoe vind je het om mama te zijn? Bij vrouwen uit risicogebied heb je het ook over besnijdenis. Je gaat toch het gesprek aan. Je bent vroeger besneden. Je hebt nu een dochter. Hoe denk je er zelf over? Om je toch een beeld te vormen van als zij het de normaalste zaak vindt van de wereld, of zegt: ik vind het verschrikkelijk, ik zal het mijn dochter nooit aandoen. Als ik zorgen heb, dan meld ik dat niet direct bij Veilig Thuis. Ik meld het wel bij de huisarts en de JGZ. Dit is het gesprek dat we hebben gehad. En dit is wat ze nu aangeeft over VGV. Dan weet de huisarts dat ze besneden is, in welke graad en hoe het gegaan is bij de bevalling. Maar ook bij de JGZ. Dan kan de JGZ er beter op voortborduren. Ik vind het overdrachtmoment cruciaal. Weet de JGZ niets, dan heeft ze ook geen ingang.’

Verloskundige

‘Na de bevalling gaan we een aantal keer langs. De achtste dag na de bevalling gaan we voor de laatste keer langs. Dan hebben we een uitgebreid gesprek staan. En dan gaan we ook in op dit onderwerp: hoe kijk je er tegenaan, zou je je dochter willen besnijden? Dan leggen we ook uit dat het in Nederland strafbaar is. Ik maak eigenlijk alleen mee dat vrouwen zeggen geen besnijdenis te willen. Ze zijn heel stellig dat ze het niet willen. Maar goed, misschien is dat ook gewoon dat ze dat tegen mij zeggen, de zorgprofessional, en dat ze het dan wel alsnog doen. Ik ben dan in principe wel gerust. Ik koppel het terug aan het consultatiebureau. We sturen altijd het overdrachtsformulier per mail hoe alles is verlopen en bijzonderheden, daar komt altijd VGV in. In het formulier moet je er zelf aan denken. Er is geen standaardvakje over VGV. We zijn al lang bezig met het computerprogramma. Je hebt wel een vakje voor wel/niet besneden. En zij hebben volgens mij ook een pop up als we iets doorgeven over VGV en als mensen uit die landen komen. Ik heb één keer van een collega gehoord dat zij een niet-pluisgevoel had. Ze had uiteindelijk geen melding gedaan, maar een warme overdracht aan het consultatiebureau.’

Verloskundige

Uit de interviews blijkt dat verloskundigen overtuigd zijn van het belang van een gedetailleerde overdracht. Er is een gestructureerde werkwijze, die de overdracht faciliteert. Vervolgens is het aan andere professionals om de signalen van verloskundigen over VGV verder op te pakken. Het gaat hier om de overdracht tussen verloskundigen en medewerkers van het consultatiebureau / de jeugdgezondheidszorg. Een jeugdarts vertelt hoe zij het stokje van de verloskundige overneemt:

‘Met twee weken doen wij een huisbezoek. Als het goed is, is er dan een overdrachtsformulier van de verloskundige. En als het goed is staat daar op aangegeven of de moeder besneden is. Dat zet ons al op de goede richting. Wij horen dat sowieso te vragen als ouders uit een risicoland komen. Dan komen ze vervolgens met vier weken bij de arts dan moet het weer het onderwerp van gesprek zijn. Dan vraag je bijvoorbeeld: Klopt het dat in jullie herkomstland voorkomt? Hoe denkt familie erover? Zijn jullie zelf besneden? Wat willen jullie voor jullie dochter’

Jeugdarts

Overigens is er niet altijd sprake van een directe overdracht tussen verloskundige en jeugdgezondheidszorg. Een jeugdverpleegkundige vertelt zelden contact te hebben met verloskundigen, omdat daar de kraamzorg nog tussen zit, die ‘een envelop voor de JGZ maken’ met daarin de overdracht.

Een volgend overdrachtsmoment doet zich voor binnen de jeugdgezondheidszorg. Respondenten vertellen dat er bij sommige JGZ-organisaties een knip wordt gemaakt tussen de zorg voor 0 tot 4-jarigen en voor 4 tot 18-jarigen:

‘We schrijven een samenvatting van de eerste 4 jaar, daar zou dit ook een onderwerp moeten zijn. Die twijfel landt dan als het goed is wel in die samenvatting. In de praktijk heb je in die eerste vier jaar vaak wel door of er risico is.’

Jeugdarts

Bij veel JGZ-organisaties is ervoor gekozen deze knip op te heffen. Respondenten vinden dit een goede stap, in ieder geval als het gaat om het signaleren van risico's op VGV:

‘We zijn bij onze GGD nu afgestapt van de scheiding van leeftijdsgroepen. We doen nu de hele 0 tot 18 jaar. Eerder deed ik alleen maar 0 tot 4. Ik denk dat we daardoor wel een beter beeld moeten krijgen van de meisjes. Bij mij verdwenen ze dan uit zicht als ze ouder werden. Nu met de groep 0-18 kunnen we veel beter reflecteren, verwacht ik. En bijvoorbeeld met bepaalde scholen in contact komen. Of dat mensen bezocht worden in de pre-vakantieperiode. Dat weet ik niet of dat nu al gebeurt. Maar er is altijd een warme overdracht naar de arts bij nare gevoelens. En we nemen ook in het dossier op als we weten dat ouders het zeker niet zullen doen.’

Jeugdverpleegkundige

Uit de interviews met verloskundigen en respondenten van de jeugdgezondheidszorg blijkt dat de overdracht een structurele plaats heeft in het werk én dat beide groepen professionals de overdracht ook als een belangrijk onderdeel van hun werk zien. Een aandachtspunt hierbij zijn de JGZ-organisaties waar sprake is van een scheiding tussen de groep 0 tot 4-jarigen en oudere kinderen. Een dergelijke scheiding vormt een extra overdrachtmoment dat, vanuit het specifieke perspectief van VGV, niet wenselijk is.

Overdracht tussen medische professionals op COA-locaties en reguliere (eerstelijns) zorg

In de overdracht tussen medische professionals die op COA-locaties werken en de reguliere (eerstelijns) zorg is sprake van een minder gestructureerde overdracht dan bij verloskundigen en de jeugdgezondheidszorg. De verhalen van enkele respondenten kunnen dit illustreren:

‘Het blijkt dat huisartsen vaak niet weten hoe ze aan gegevens moeten komen. Maar dat kan bij het GZA [Gezondheidszorg Asielzoekers]. Je moet dan wel hele lijsten invullen. Dat is wel een hobbel voor de huisdokters. Maar als ze dat doen krijgen ze een keurig dossier. Ze krijgen een hele rij gegevens. Of ze besneden zijn. Wat er is gedaan. De consultbezoeken en ook een samenvatting van de medische verhalen. Maar het moet wel opgevraagd worden. Blijkbaar gaat dat niet altijd makkelijk. Ik geef daarom mensen een print van het dossier mee. Van de belangrijke stukken. Dan zeg ik: dit moet je aan de dokter geven. Er is veel werk aan besteed. De overdracht van gegevens van het AZC naar de nieuwe dokter... ik denk dat daar vaak iets blijft hangen. Dan wordt er een nieuw dossier gemaakt. Als er een probleem is gaan ze het opvragen, maar anders beginnen ze met een nieuw dossier. Terwijl er veel werk is gestopt in het maken van een mooi medisch dossier. Genitale verminking, dat schrijf ik in het dossier. En als dat overgedragen wordt is het gemeld. Dan kunnen ze ermee verder.’

Huisarts op COA-locatie

‘Als mensen weggaan [van een COA-locatie], worden ze opgevangen door Vluchtelingenwerk. Die gaat met hen op zoek naar een huisarts. Die regelt de verzekering. Die maakt ze wegwijs. Ik weet niet wie de nieuwe huisarts is. Ook al is dat best gek. Er is geen warme overdracht naar een dokter. Het COA heeft wel contact met Vluchtelingenwerk. We geven het medisch dossier mee, met de boodschap dat ze het aan de huisarts moeten geven. Sommige mensen zijn soms opeens weg. Dan werken ze aan hun nieuwe huis. Sinds kort meldt het COA wie er weggaan. Dan kunnen we mensen veel actiever uitnodigen om dossiers te kunnen halen.’

Praktijkverpleegkundige, COA-locatie

‘Mensen gaan weg zonder dat we het weten. Wij kunnen pas gegevens overdragen als mensen zelf toestemming geven. Wij kunnen niet zelf die actie ondernemen om die gegevens over te dragen. Dat kan alleen op extern verzoek, als het opgevraagd wordt. Terwijl daar juist iets over VGV in zou kunnen staan. Je wilt dat die gegevens overgedragen worden. Als de huisarts weet dat een moeder besneden is kun je veel alerter zijn, ook als mensen vaccinaties willen of zo. Maar er is dus geen ICPC-code [International Classification of Primary Care], dus dan is het minder makkelijk om het over te dragen want iedereen schrijft het ergens anders op. In ieder geval niet in onze HIS.’

Verpleegkundige COA-locatie

Ook uit de verhalen van deze respondenten spreekt het besef van het belang van een goede overdracht. De overdracht blijkt echter afhankelijk te zijn van of de nieuwe huisarts van gezinnen die eerst op een COA-locatie woonden, zelf het dossier opvragen. De ervaring van respondenten is dat dit lang niet altijd gebeurt. Daarmee kunnen signalen van een risico op VGV verloren gaan. De professionals op de COA-locaties voelen zich niet vrij om op eigen initiatief informatie te delen met andere professionals. Dit laat onverlet dat zij wel zouden kunnen melden bij Veilig Thuis. Dat dit niet gebeurt kan samenhangen met de aard van de signalen (nog niet acuut genoeg), maar ook met de relatieve onbekendheid met of afstand tot Veilig Thuis.

Privacywetgeving als belemmerende factor voor overdracht

Ook in het onderwijs is sprake van overdrachtsmomenten. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als een kind na enkele jaren onderwijs voor anderstaligen te hebben gekregen, doorstroomt naar een reguliere klas, mogelijk op een andere school. De privacyregelgeving staat een adequate overdracht van zorgen rond een risico op VGV dan in de weg, vertelt een zorgcoördinator:

‘De overdracht naar een andere school is lastig. Vanwege de AVG. De overdracht is meer gericht op schoolprestaties. Er is een systeem Zorg voor jeugd, waarin alle instanties voor een specifieke leerling zorgen kunnen aangeven. Dat systeem wordt nog onvoldoende gebruikt. Als ik als school een eerste zorg signaleer, ben ik als school de regiehouder. Dan denk je: ik zet er niks in, want anders ben ik straks de sjaak. Daardoor werkt het dus niet.’

Zorgcoördinator vmbo-school

Er zijn ook respondenten die de privacyregels negeren als zij serieuze zorgen hebben. Een medewerker van de jeugdgezondheidszorg zegt er overheen te stappen ‘voor de veiligheid van het kind’. Maar de meeste respondenten benadrukken dat zij de privacyregels als een reële belemmering ervaren die een adequate overdracht beperkt:

‘De wet AVG is erg aangescherpt. Voor zover ik weet mag ik niet meer zonder toestemming van een patiënt overleggen met een andere professional. Er moet sprake zijn van een gezamenlijke behandelrelatie en volgens mij heb je die niet met het CJG.’

Verpleegkundig specialist, COA-locatie

‘Ik zou eerst met het meisje zelf in gesprek gaan. Ik zou het boekje volgen. Als het signaal blijft, dan zou ik met Veilig Thuis contact opnemen. Maar als je geen concrete zorgen hebt, hoe ga je het dan oppakken. Als je belt met de huisarts, dan kom je ook met een AVG-probleem. Ik denk in dit geval dat ik met Veilig Thuis zou bellen.’

Coach wijkteam

Ook als een gezin verhuist, is sprake van overdrachtsmomenten. Ook hier is een soepele en complete overdracht van zorgen over VGV geen vanzelfsprekendheid. Een jeugdarts legt uit hoe zij zich zelf actief inzet voor een zorgvuldige overdracht, maar dat VGV daarbij eigenlijk niet aan bod komt:

‘Als een gezin verhuist, verhuist het dossier meestal mee. Soms is er een warme overdracht naar de nieuwe plek waar mensen gaan wonen. Dat is als er zorgen zijn. Dan bel of mail ik bij voorbeeld naar de jeugdarts die verbonden is aan school. Let daar en daar op. Maar niet voor VGV eigenlijk. Dat zou niet het eerste zijn waar ik aan denk. Wij hebben daar niet de focus op, dus geen warme overdracht.’

Jeugdarts

Een andere jeugdarts vertelt:

Het succes van het beschermen van kinderen hangt van de individuele mensen af. Als een kind verhuist, gaat het naar andere school, je moet als oude school je echt inspannen om de overdracht te doen. Ook voor JGZ geldt dat. [...] Die moeten zorgen dat het op de volgende plek komt, zodat je niet opnieuw begint. Gezinnen die verhuizen en waar het helemaal misgaat. [...] Als ze verhuizen moet je je erin vastbijten en echt zorgen dat informatie doorgegeven wordt aan de nieuwe gemeente.

Jeugdarts

Uit de interviews blijkt dat de overdracht het meest geborgd is in de samenwerking tussen verloskundigen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Bij overdrachtsmomenten in het onderwijs en in de asielzorg zijn professionals zich bewust van het belang van een adequate overdracht, maar ervaren zij daarvoor beperkingen, onder meer door privacyrichtlijnen. Bij verhuizingen blijkt de jeugdgezondheidszorg zich in te zetten voor een overdracht van dossiers, maar VGV heeft daar niet de primaire aandacht.

5 Knelpunten en oplossingsrichtingen

In de interviews met professionals is ook gevraagd wat zij de belangrijkste knelpunten vinden in de aanpak van VGV. Ook zijn enkele oplossingsrichtingen met de respondenten verkend. In dit hoofdstuk komen de bevindingen op deze thema's aan bod. Achtereenvolgens wordt ingegaan op:

- knelpunten en aandachtspunten in de aanpak van VGV (5.1);
- de waardering voor een meldplicht voor (vermoedens van) VGV (5.2) en
- oplossingsrichtingen en good practices ontleend aan de literatuurscan (5.3).

5.1 Knelpunten en aandachtspunten in de aanpak van VGV

Respondenten wijzen op de volgende knelpunten in de aanpak van VGV:

- *signalering*: niet alle professionals zijn zich bewust van signalen van VGV;
- *gespreksvoering*: handelingsverlegenheid staat het gesprek over VGV in de weg;
- *interventies*: professionals weten niet altijd hoe te handelen bij een vermoeden van VGV;
- *overdracht*: de overdracht tussen verschillende professionals is niet altijd geborgd;
- *privacy*: zorgen over privacy staat een adequate informatiedeling in de weg;
- *rol Veilig Thuis*: Veilig Thuis wordt niet altijd ervaren als een deskundige partner.

Elk van deze aspecten lichten we hieronder kort toe, waarbij ook oplossingsrichtingen aan bod komen.

Signaleren van VGV

Signalen van VGV worden lang niet altijd opgemerkt door professionals. Bij fysiek onderzoek speelt hierbij mee dat niet altijd duidelijk te zien is of een vrouw besneden is of niet. En in gesprekken met mensen uit gemeenschappen waar VGV voorkomt, zijn professionals zich lang niet altijd alert dat er sprake kan zijn van gerealiseerde of dreigende VGV. Zeker als mensen met een heel andere klacht of vraag komen, is het goed denkbaar dat de professional niet aan VGV denkt. Respondenten vertellen dat het hen zou helpen als zij in een patiënt- of cliëntsysteem automatisch een alertering krijgen als zich iemand meldt uit een gemeenschap waar VGV voorkomt. Ook noemen respondenten het belang van deskundigheidsbevordering. Daarbij kan het benoemen van een aandachtsfunctionaris helpen om het onderwerp binnen de eigen organisatie op de agenda te plaatsen en te houden.

Het gesprek voeren over VGV

Handelingsverlegenheid bij professionals kan gesprek over VGV in de weg staan. Verschillende respondenten wijzen erop dat zij en/of hun collega's het lastig vinden om een onderwerp als VGV ter sprake te brengen. Training in gespreksvoering kan hier uitkomst bieden. Enkele respondenten wijzen ook op het belang van kennis over interculturele communicatie. Anders bestaat het risico dat informatie niet begrepen wordt, of dat de boodschap niet wordt geïnternaliseerd. Het kost tijd om echt in gesprek te komen en om een vertrouwensband op te

bouwen. Die tijd is er niet altijd. Toch zijn de respondenten met wie wij hebben gesproken van mening dat tijdsdruk niet echt de reden is waarom een gesprek over VGV wel of niet tot stand komt. De handelingsverlegenheid en onzekerheid over hoe het gesprek te voeren spelen veel meer een rol.

Interventies

Respondenten noemen het voeren van het gesprek over VGV als belangrijkste interventie die zij kunnen doen. Het is de interventie die aangrijpt op de waarden en overtuigingen van betrokkenen om hun dochter wel of niet te laten besnijden. Verschillende respondenten noemen het belang om de weerbaarheid van vrouwen te vergroten. Daarbij maken zij onder meer gebruik van de verklaring tegen VGV. Respondenten zijn overtuigd van de waarde van deze aanpak. Toch ervaren respondenten ook wel een zeker ongemak. Je kunt immers niet met zekerheid weten of ouders hun dochter toch niet laten besnijden. Als ouders per se hun dochter willen besnijden, zal hen dat vroeger of later lukken. Dat besef wringt. Want hebben zij een casus wel goed beoordeeld? En hebben zij wel goed gehandeld? Daarbij speelt een rol dat respondenten interventies uit het gedwongen en/of strafrechtelijk kader wel beleven als een zwaar middel, dat bovendien ook negatieve bijwerkingen heeft. Een uithuisplaatsing kan voorkomen dat een meisje besneden wordt, maar wat doet dat men een kind? Hetzelfde geldt voor de inzet van het strafrecht als blijkt dat een meisje besneden is. Professionals schrikken wel terug van de impact die dat op een gezin én op het kind heeft. Tegelijkertijd is er weinig kennis over het bredere palet van mildere vormen van (strafrechtelijke) interventies.

Overdracht en privacy

Een volgend aandachtspunt vormt de overdracht van vermoedens en signalen van (dreigende) VGV tussen professionals in verschillende sectoren. Relevante overdrachtmomenten zijn bijvoorbeeld die tussen een verloskundige en de jeugdgezondheidszorg en/of de huisarts en tussen medisch professionals op COA-locaties en de reguliere (eerstelijns) gezondheidszorg. Hierbij geldt dat een (warme) overdracht van signalen en vermoedens van VGV veelal afhankelijk is van de persoonlijke inzet en het persoonlijke netwerk van de betrokken professionals. Daarbij helpt de beeldvorming over privacyregelgeving niet. Uit de gesprekken blijkt dat professionals terughoudend zijn in het delen van informatie met professionals van andere organisaties, omdat zij denken dat informatieoverdracht niet toegestaan is op grond van privacywetgeving (de AVG). Dat het melden van signalen of vermoedens van ernstig geweld bij Veilig Thuis op grond van de Meldcode toegestaan is (of beter gezegd: een professionele norm is) wordt dus niet altijd zo beleefd. Net zo kunnen verloskundigen hun zorgen altijd meegeven aan de jeugdgezondheidszorg. Enkele respondenten wijzen erop dat niet het belang van de ouders leidend moet zijn, maar dat van het kind. Als een verloskundige vreest dat een meisje besneden zou kunnen worden, is het goed professioneel handelen om die zorg kenbaar te maken. Privacyregels worden nog te vaak en te makkelijk als argument opgevoerd om zorgen *niet* te delen.

De rol van Veilig Thuis

Ten slotte noemen respondenten ook de rol van Veilig Thuis wel als knelpunt. Het gaat hier enerzijds om de steun die respondenten ervaren als zij Veilig Thuis om advies vragen. Respondenten voelen zich niet altijd serieus genomen. Vaker nog resteert het gevoel dat de professional die Veilig Thuis belt, uiteindelijk zelf met de casus aan de slag moet. Hierin kan het helpend zijn als Veilig Thuis een activerende rol neemt in het gezamenlijk bespreekbaar maken van vermoedens van VGV en dit samen met de professional voorbereidt of meegaat naar het gesprek. Enkele respondenten vertellen ook dat zij niet per se de vertrouwensarts spreken, dan wel de vertrouwensarts niet wordt betrokken, waardoor de kennis die er bij Veilig Thuis is over VGV niet goed wordt benut. Dit leidt in diverse regio's tot het beeld dat

Veilig Thuis niet deskundig is. Anderzijds ervaren respondenten knelpunten in concrete casuïstiek waarbij Veilig Thuis optreedt, vooral als Veilig Thuis intervenieert zonder de professional te informeren of in positie te houden. Een goede afstemming is essentieel om de professional die meldt in positie te houden en te voorkomen dat de vertrouwensband met betrokkenen onder druk komt te staan.

5.2 Argumenten voor en tegen een meldplicht voor VGV

In de interviews is aan respondenten de vraag voorgelegd of zij denken dat een meldplicht zou kunnen helpen om vermoedens van VGV beter in beeld te krijgen. Er is een brede consensus onder de respondenten dat gerealiseerde VGV niet verplicht gemeld zou moeten worden. Dit is in lijn met de eerder bevinding dat professionals geen meerwaarde zien in het melden van gerealiseerde VGV (zie paragraaf 4.1).

De meningen van respondenten lopen echter uiteen als het gaat om vermoedens van een dreigende VGV. Sommige respondenten reageren instemmend op de vraag of een vermoeden van een dreigende VGV verplicht gemeld zou moeten worden. Maar een grote meerderheid staat kritisch tegenover het idee van een meldplicht. Beide groepen respondenten voeren verschillende argumenten. Hieronder worden deze overwegingen nader toegelicht.

Bij zulke ernstige problematiek past geen vrijblijvendheid

Een belangrijk argument vóór een meldplicht, is dat de ernst van de problematiek het rechtvaardigt. Elke besnijdenis die voorkomen wordt, is er één. ‘Liever een keer te veel dan te laat,’ stelt een ondersteuningscoördinator in het voortgezet onderwijs. ‘En heb je het verkeerde eind dan is het jammer maar ja.’ Een jeugdverpleegkundige denkt dat een meldplicht ‘collega’s over de streep kan trekken’ die nu nog handelingsverlegen zijn. En een sociaal verpleegkundige, die werkt in bij de reizigersadvisering van een GGD, denkt dat een meldplicht haar helpt om meer bewust met de problematiek bezig te zijn, omdat het signaleren van VGV nu nog erg afhankelijk is van of ze er zelf aan denkt. Ook speelt mee dat professionals nu naar het oordeel van enkele respondenten te vrijblijvend omgaan met de huidige Meldcode.

‘Ik vind eerlijk gezegd dat een meldplicht breed zou mogen. Omdat ik vind dat er meer gemeld zou mogen worden bij veel situaties. Ik heb best veel trajecten gehad waar ik me afvroeg: hoe kan het dat de situatie zo slecht is en dat de kinderen er nog steeds wonen? Ik kan daar niet bij. Ik vind dat mensen veel meer getraind moeten worden. En wat de schade is. Van VGV en van andere vormen van geweld. We moeten door durven pakken. En niet denken: o dan raken we ze kwijt op school. Dat wordt nog wel eens gebruikt als argument: we willen ze binnen houden. Dus ik denk echt dat mensen echt getraind moeten worden. Professionals gaan snel steigeren. Maar ik denk dat er te weinig wordt gedaan. Ik zou echt voorstander zijn van een meldplicht.’

Jeugd- en gezinswerker

Zicht op veiligheid

Een andere respondent wijst op het belang om signalen van verschillende professionals te kunnen bundelen. Een meldplicht zou daaraan bij kunnen dragen, meent deze respondent:

‘Ik vind dat zo gek niet. Want dan heb je misschien daardoor wel dat centrale punt waar ieder klein signaal terecht komt. Als ik nu een onderbuikgevoel heb en ik leg dat neer bij mijn collega en die heeft dat gevoel niet, dan landt het nergens. Als je ieder onderbuikgevoel wilt melden, moet de drempel laag zijn. Als een schoolarts een gevoel heeft en een huisarts, krijg je misschien van verschillende kanten signaaltjes die anders blijven liggen, omdat het een niet te onderbouwen gevoel is.’

Medewerkers reizigersvaccinatie GGD

Een meldplicht is voor professionals een steuntje in de rug

Ook denken sommige respondenten dat een meldplicht professionals kan helpen, omdat ze dan niet meer zelf een professionele afweging hoeven te maken over het al dan niet melden van een vermoeden:

‘Ik denk dat ik het best wel prima zou vinden. Als je een meldplicht hebt dat denk ik dat die drempel lager is. Dan denk je gewoon: ik moet het melden. Dan weet je dat het verplicht is. Dan heb je niet dat grijze gebied. Het geeft meer houvast.’

Verloskundige

‘Ik vind het op zich geen verkeerd idee. Dat zou misschien meer mensen over de streep trekken om zaken wel te melden. Ze kunnen zich dan verschuilen achter: sorry, maar ik moet dit gewoon melden. Dat maakt de drempel lager. Dan is er een externe attributie en hoef je je zelf daar niet kwetsbaar in opstellen. Het is een plicht en niet jouw eigen afweging of keuze.’

Intern begeleider, basisschool

De voorstanders van een meldplicht wijzen dus vooral op de disciplinerende en ondersteunende werking die van een meldplicht uit kan gaan. Vanwege de ernst van de problematiek van VGV is zo’n verplichting in hun ogen te rechtvaardigen.

De huidige meldcode is niet vrijblijvend; noodzaak professionele afweging blijft

Daar staat tegenover dat de huidige Meldcode niet vrijblijvend is. ‘Als je vermoedens hebt, moet je sowieso toch gewoon melden,’ merkt een jeugdverpleegkundige op. Professionals zijn wettelijk verplicht de Meldcode te volgen, inclusief de afweging om wel of niet te melden. In de verbeterde Meldcode wordt van professionals verwacht dat zij (vermoedens van) ernstige problematiek altijd melden. Een meldplicht voegt zo bezien niet veel toe.

Daar komt bij dat een meldplicht het maken van een eigen professionele afweging niet wegneemt. Een jeugdarts vertelt zich niet te laten leiden door een verplichting, maar door haar eigen morele plicht. Enkele respondenten vrezen dat een plicht bij professionals juist contraproductief zou kunnen werken, omdat professionals dan wegstijgen van de problematiek, in plaats van deze aan te kaarten:

‘Ik zou mezelf nooit laten dwingen. Dat zou ik niet doen. En dan krijg je wat niet weet dat niet deert. Waarvoor zou je moeten melden. Je wilt het niet, ook voor die vrouwen, je wilt ze niet meteen in het hoekje stoppen van je mishandelt je kind. Dat zou mijn schroom zijn. Zij doen het ook niet met het idee van ik ga mijn kind mishandelen.’

Huisarts

‘Misschien gaan mensen duiken. Zich gaan verschuilen achter een beroepsgeheim. Rationalisering waarom je het niet doet. Ik vind het altijd lastig met die plichten. Soms helpt het net een beetje. Maar ja, straffen en plichten... Ik zou meer druk ervaren. Dat is soms goed, maar soms ook niet.’

Schoolmaatschappelijk werker, voortgezet onderwijs

Zorgmijders en de vertrouwensrelatie

Verschillende respondenten wijzen op een mogelijk onbedoeld effect van een meldplicht: als professionals verplicht zijn vermoedens te melden, kan dat de vertrouwensrelatie tussen de professional en betrokkene mogelijk schaden. De uitkomst kan zijn dat mensen zorg gaan mijden. Zo komen signalen van (dreigende) VGV juist minder in plaats van beter in beeld:

‘Een meldplicht? Maar wat zijn dan de criteria? Dat is lastig. Dan moet je het in alle schoolgidsen gaan opnemen. Ik denk dat je het dan nog veel meer onder de radar gaat houden. Dat als een kind buikpijn heeft, dat ze moet zeggen: je hebt hoofdpijn, want anders krijg je die melding. Dat ze helemaal geen hulp durft te vragen. Over niets meer. Ik denk dat je bij een meldplicht meer zorgmijders krijgt.’

Medewerker CJG

‘Als je erin doorslaat, kan dat averechts werken. Dingen gaan hier heel snel rond op het AZC. Ik ben bang dat je dan ook mensen kwijtraakt. Het risico is dat mensen zich nog verder terugtrekken en dat het nog meer een taboe wordt als je weet dat het verboden is. Ik denk dat je het bij zorgverleners echt goed moet brengen, aangeven dat het doel is om meer signalen in beeld te brengen, anders ben ik echt bang dat het een soort heksenjacht wordt. Je moet heel duidelijk maken dat dat de achterliggende gedachte is.’

Verpleegkundige COA-locatie

Ook is het denkbaar dat mensen nog wel de stap naar een professional als een dokter zetten, maar vervolgens geen open kaart spelen:

‘Het lastige is dat mensen ook een sociaal wenselijk antwoord kunnen geven. Die groep is niet achterlijk. Ik zie de Somalische vrouwen gezamenlijk wandelen met elkaar. Zij weten heus wel: deze antwoorden moet je geven. Zij kunnen ons heel makkelijk om de tuin leiden. Bij de mensen bij wie je twijfelt zou ik niet aarzelen ze bij de instanties aan te geven. Maar bij de mensen bij wie je een sociaal wenselijk antwoord krijgt, vind ik het lastig. Daar schuilt het grootste gevaar.’

Verloskundige

Ook in zo’n geval is de zorg dat een meldplicht het doel om beter zicht te krijgen op VGV voorbijschiet.

Zicht op de problematiek en het risico van vals positieven

Wat ook meespeelt, is dat de signalen van VGV lang niet altijd duidelijk zijn. Een jeugdarts vertelt toch afhankelijk te zijn van wat mensen haar vertellen. Hoe weet zij dan zeker wat er gebeurd is? Professionals zijn dan ook beducht een melding te doen, die achteraf niet juist blijkt te zijn. Een verpleegkundige op een COA-locatie denkt dat een meldplicht contraproductief werkt, omdat het ertoe zal leiden dat professionals hun vermoedens langer bij zich houden en juist geen contact zoeken (al dan niet met Veilig Thuis) om een vermoeden te bespreken:

‘Nee, het helpt niet, want daardoor ga je ook minder snel een vermoeden uiten. Je wilt onderbouwing hebben voor je meldt. Je moet dit ook eerst met ouders bespreken, dit is lastig en vraagt een onderbouwing.’

Verpleegkundige op COA-locatie

‘Ik vind het lastig. Ik zie het risico van valse beschuldigingen. Maar ik vind wel dat als ik twijfels heb, dan zou ik dat kunnen doorgeven aan het consultatiebureau en de huisarts. Dan leg je het bij een andere beroepsgroep. Ik zou daar denk ik voor kiezen, behalve als het heel ernstige twijfels zijn.’

Verloskundige

Justitieel perspectief wringt

Terughoudende reacties bij het idee van een meldplicht hangen ook samen met de opvattingen van respondenten over wat hun taak is en hoe zij goed professioneel handelen zien. Alhoewel respondenten de strafbaarstelling van VGV steunen, blijken zij de consequenties daarvan soms lastig te verenigen te vinden met hun beroepsopvatting:

‘Een meldplicht... daar houd ik niet zo van. Als zorgverlener kijk je toch wat het meest verstandige is voor de klant. Ik denk dat je de mensen het eerder niet laat zeggen, bij een meldplicht. Dan gaan mensen er niet meer over praten. Je bent zorgverlener, je wilt helpen.’

Verpleegkundige reizigerszorg

Een medewerker van een consultatiebureau verzucht dat de aanpak van VGV ‘een justitieel iets’ is geworden. Andere respondenten werpen de vraag op wat de consequenties kunnen

zijn van het melden bij Veilig Thuis. Betekent het dat een kind uit huis wordt geplaatst? Dat de ouders gestraft worden? Deze consequenties willen zij niet voor hun rekening nemen:

‘De ouders zijn strafbaar. Maar het zijn wel de ouders van zo’n meisje. Wat gebeurt er bij een melding? Wat heeft het kind eraan? De hele thuissituatie verandert daardoor. Wat voor spanningen brengt dat met zich mee? Je weet niet waar je aan begint.’

Zorgcoördinator voortgezet onderwijs

‘Het moet toch niet zo zijn dat als je wel je dochter hebt laten besnijden, dat moeder dan in de gevangenis komt. Volgens mij is dat niet de oplossing. Dat is een afschrikwekkend beeld, maar het lost het niet op. Mensen komen er niet beter uit. En kinderen hebben geen moeder.’

Verloskundige

‘Het is niet zo dat deze mensen niet van hun kind houden. Het is iets dat heel diepgeworteld is in de cultuur. Een meldplicht is prima, als er daarna maar de goede dingen gebeuren. Dat het niet bij een jonger zusje gebeurt, dat deze ouders goed begeleid worden, dat het gezin bij elkaar blijft. Als ik melding maak van een strafbaar feit, wordt dat gezin dan niet uit elkaar getrokken? Die kinderen gaan naar een Nederlandse school en ze zijn aan het leren. Die ouders zijn bereidwillig. Maar ze hebben iets met hun dochter gedaan wat cultuur gerelateerd is. Het is een strafbaar feit, wat gebeurt er dan? Ik heb geen idee. Ik ben er niet achter gekomen.’

Manager kinderopvang

De beelden die respondenten – en volgens hen ook gezinnen – van het strafrechtelijk kader en ook van het betrekken van Veilig Thuis hebben, zijn dus veelal stereotiep en extreem. Er lijkt weinig besef dat er een breder palet aan interventies is dan alleen uithuisplaatsingen en gevangenisstraffen. Tegelijkertijd refereerde geen van de respondenten aan een casus waar deze consequenties daadwerkelijk zijn opgetreden.

Vragen over opvolging van meldingen

De vraag hoe een melding opvolging krijgt speelt breder dan alleen de zorg om justitiële interventies. Respondenten vragen zich af of een meldplicht bij Veilig Thuis niet vooral leidt tot een grote hoeveelheid extra werk, zonder dat de kinderen om wie het gaat er iets van merken.

‘Moet ik dan alle meiden uit Eritrea gaan melden? Ik vraag me af hoe ik die meldplicht dan moet zien. En ook bij Veilig Thuis vraag ik me af wat er dan gebeurt, want als er geen acute onveiligheid is, dan gaan andere zaken toch voor lijkt me.’

Zorgcoördinator vmbo-school

Een coach van een wijkteam werpt de fundamentele vraag op of Veilig Thuis bij machte is om een dreigende besnijdenis te voorkomen:

‘Dat zou zeker helpen, alleen, wat is dan het vervolg? Je kunt een melding doen, je komt bij Veilig Thuis, er komt een gesprek met het gezin. Maar de vervolgstap, hoe kan je voorkomen dat ze besneden wordt, hoe kan Veilig Thuis dat voorkomen?’

Coach wijkteam

Het melden van (een vermoeden van) VGV is dus geen doel op zich, maar zou een middel moeten zijn om meisjesbesnijdenis te voorkomen en om vrouwen die besneden zijn adequate zorg en ondersteuning te bieden. De coach van een wijkteam die hiervoor werd aangehaald, benoemt een ongemakkelijke werkelijkheid: de vraag welke interventies echt kunnen helpen om meisjesbesnijdenis te voorkomen.

Met de strafbaarstelling van VGV is een duidelijke norm gemarkeerd. Maar een wettelijk verbod betekent niet dat mensen zich daar ook aan houden. Een effectieve aanpak van VGV

draait volgens respondenten in essentie om bewustwording, zowel bij betrokken uit de gemeenschappen waar VGV voorkomt, als bij professionals die met hen werken.

5.3 Buitenlandse voorbeelden

Via een compacte literatuurscan hebben we gekeken naar internationale werkwijzen waarmee de potentiële groep slachtoffers beter in beeld worden gebracht en VGV vaker kan worden gesignaleerd. Hieronder lichten we de belangrijkste uit.

Dialogo met ouders bij een paspoortaanvraag (Noorwegen)

De Noorse ambassade heeft een aangepaste routine voor het bespreken van bepaalde onderwerpen wanneer zij een paspoortaanvraag ontvangen voor een meisje in de risicoleeftijd van VGV. Zij gaan de dialoog aan met ouders en bespreken de fysieke en mentale gevolgen van VGV. Ook benadrukken ze de juridische gevolgen van VGV, waarin ook de mogelijkheid van sancties voor ouders in Noorwegen die bijdragen aan VGV worden besproken, zelfs als het in het buitenland heeft plaatsgevonden. De effectiviteit van deze maatregel is nog niet bekend.

Paspoorten inhouden (diverse landen)

Het inhouden van het paspoort van het potentiële slachtoffer bij verdenking op VGV is een andere maatregel die in Noorwegen, Duitsland, Spanje, Zwitserland en Verenigd Koninkrijk mogelijk zijn (Leye & Sabbe, 2009).

Laagdrempelig lichamelijk onderzoek door artsen (Frankrijk)

In Frankrijk zijn er in het rechtsgebied van Parijs 31 strafzaken geweest met 88 veroordelingen voor VGV t/m 2010 (Nijboer e.a., 2010). Dit grote aantal veroordelingen lijkt voornamelijk te komen door relatief en absoluut grotere aantal gevallen van VGV ten opzichte van Nederland. Desondanks zijn er enkele verschillen met de Franse aanpak als het gaat om kansen voor signalering van VGV:

- Franse artsen zijn verplicht om VGV te melden en hiertoe zijn ruime mogelijkheden.
- In Frankrijk doen artsen relatief vaak en laagdrempelig (genitaal) onderzoek bij kinderen, zonder hiervoor specifiek toestemming te vragen aan de ouders. Bijna alle meisjes krijgen een medisch onderzoek voor hun 7e jaar, wat leidt tot hogere signalering van VGV. Het onderzoek wordt uitgevoerd door pmi-artsen, wat een afkorting is van *protection maternelle et infantile*. Deze pmi-artsen functioneren als huisarts voor het kind. Ook Nederlandse jeugd- en huisartsen hebben waarschijnlijk voldoende autoriteit om dit onderzoek uit te kunnen voeren, maar maken daar niet altijd gebruik van.
- De lage bewijsstandaard en het ontbreken van bewijsminima. Feitelijk is één belastende verklaring (van de verdachte of van iemand anders) al genoeg voor een veroordeling. Frankrijk heeft een vrij bewijsstelsel, waarbij er een veroordeling plaatsvindt als het rechtelijke college of twee derde van de jury overtuigd is van schuld.

Het Franse systeem is vrij reactief en in de Franse praktijk betreft een strafrechtelijke melding altijd een voltooide besnijdenis.

Female genital mutilation protection order (Verenigd Koninkrijk)

Het idee van de *Female Genital Mutilation Protection Order* is dat slachtoffers niet per se bijdragen aan strafrechtelijke vervolging van hun eigen ouders of directe familieleden. Nadruk ligt op bescherming van de slachtoffers, in plaats van op vervolging van de daders. Hierdoor zouden slachtoffers sneller geneigd zijn om getuigenissen af te leggen. De effectiviteit van deze maatregel is echter niet overtuigend aangetoond (Home e.a., 2020). Omstandigheden waarin een *FGM Protection Order* gebruikt kan worden zijn het beschermen van het slachtoffer

tegen gedwongen vertrek naar land van herkomst (o.a. inname paspoorten), beschermen tegen mishandeling of bedreiging en het beschermen van jongere zussen/broers tegelijkertijd. Een *FGM Protection Order* kan ook worden gebruikt in de volgende gevallen:

- als niet bekend is waar het slachtoffer zich bevindt;
- als er geen communicatie is met het slachtoffer;
- als betrokkenen geen Britse verblijfsvergunning hebben;
- als betrokkenen toestemming uit het buitenland nodig hebben om het land uit te reizen;
- als er geen mogelijkheid is tot consulaire bijstand of
- als moet worden voorkomen dat de hele familie het land uit reist.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

In deze paragraaf volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. De bevindingen worden geduid in de vorm van overkoepelende conclusies.

Beperkte mate van voorkomen en beperkt tijdvenster voor voorkómen VGV

Geschat wordt dat er de komende twintig jaar 4.200 meisjes het risico lopen om besneden te worden (Kawous e.a., 2019). Dit is een substantieel aantal. Tegelijkertijd is de mate van voorkomen van VGV landelijk gezien relatief beperkt. VGV komt bovendien in specifieke gemeenschappen voor. De frequentie en intensiteit waarmee professionals contact krijgen met de risicogroep is daarom erg wisselend. Voor de meeste professionals die onder de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vallen geldt dat zij in hun leven zelden tot nooit te maken zullen krijgen met (signalen van) VGV.

De impact van VGV is groot. Anders dan vele andere vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling is VGV een éénmalige vorm van mishandeling. Er is een chronisch risico, maar het kan in één keer gebeurd zijn. Het tijdvenster van ontdekken van de juiste signalen om de daadwerkelijke besnijdenis te voorkomen is smal. Er kunnen jarenlang signalen bestaan die op een risico op VGV kunnen duiden, bijvoorbeeld eerdere besnijdenis in de familie (moeder, zussen) of een positieve (niet afwijzende) houding van ouders tegenover VGV. Deze ‘niet acute’ indicatoren zijn voor professionals echter meestal niet voldoende om direct in te grijpen. Men verwacht immers geen acute dreiging. Terwijl in deze gevallen met een interventie mogelijk juist een besnijdenis zou kunnen worden voorkomen. Bijvoorbeeld door het voeren van gesprekken, het geven van voorlichting of de inzet van sleutelpersonen. Daarbij komt dat individuele signalen niet altijd goed tot één beeld (kunnen) worden samengevoegd. Verschillende organisaties verzamelen signalen (bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg en scholen), maar de uitwisseling van signalen gebeurt beperkt.

Signalering van gerealiseerde VGV is om meer redenen relevant. Ten eerste om waar nodig medische of psychosociale nazorg te bieden. Maar ook omdat het de basis kan zijn voor een gesprek over hoe een vrouw denkt over besnijdenis en om daarmee inzicht te krijgen in een mogelijk risico's als een vrouw kinderen heeft of overweegt zwanger te worden. Om die reden is het melden van signalen van gerealiseerde VGV ook relevant. Dit onderzoek wijst uit dat professionals gerealiseerde VGV echter niet melden, met name vanuit de gedachte dat het toch al lang geleden gebeurd is en veelal niet in Nederland. Gerealiseerde VGV melden om intergenerationele overdracht of verdere besnijdenis bij bijvoorbeeld zussen te voorkomen ligt bij de geïnterviewde professionals niet voor de hand.

Kennis van VGV

Het kennisniveau van professionals ten aanzien van VGV verschilt sterk en is meestal op eigen initiatief verworven. Afgezien van enkele specifieke opleidingen, zoals verloskunde of gynaecologie komt VGV niet voor in de formele (beroeps)opleidingen. Het valt op dat het kennisniveau van professionals uit medische beroepen en respondenten met meer gespecialiseerde functies dieper is. Ondanks dat alle respondenten enige kennis hadden van VGV, kan niet worden aangenomen dat ook al hun collega's (met name in de minder gespecialiseerde functies en in de regio's waar minder meisjes en vrouwen uit de risicogroep wonen) over deze kennis beschikken.

Alerteringen en taaktriggers (zoals attenderingsmails rond de vakantietijd) worden erg gewaardeerd en helpen de professionals om VGV op het netvlies te houden. Daarbij is het wel belangrijk dat naast de gespecialiseerde professionals (bijvoorbeeld zorgcoördinatoren in het onderwijs) ook de minder gespecialiseerde eerstelijnsprofessionals weten op welke signalen zij precies moeten letten. Dat kan nogal een uitdaging zijn. Ook is men ondanks deze triggers vaak afhankelijk van wat betrokkenen in gesprekken zelf aangeven. Het komt voor dat sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven.

Bespreken van VGV

Omdat VGV met name bij gemeenschappen uit niet-westerse landen voorkomt, is er veelal sprake van taal- en cultuurverschillen. Terwijl taalproblemen doormiddel van bijvoorbeeld tolken enigszins verholpen kunnen worden, zijn culturele verschillen een grotere drempel. In veel culturen is Nederlandse directheid ongebruikelijk en worden bepaalde onderwerpen liever niet besproken, vooral niet met vreemden. Dit kan een uitdaging vormen in de gespreksvoering.

Om VGV te kunnen bespreken is vaak een basale vertrouwensband nodig. Respondenten noemen verschillende strategieën in de gespreksvoering om VGV bespreekbaar te maken, waaronder cultuur- en traumasensitief werken. Ervaren professionals proberen eerst een dergelijk vertrouwensband op te bouwen en VGV oordeelsvrij ter sprake te brengen. Professionals die minder ervaring hebben met het onderwerp geven vaker aan dat zij de eerste keren dat zij VGV gingen bespreken ongemakkelijk vonden.

De momenten waarop professionals VGV ter sprake brengen verschillen per beroepsgroep. Rondom zwangerschap en jeugdgezondheidszorg wordt met taaktriggers gewerkt, waarbij op vaste momenten VGV wordt besproken. Deze triggers worden gewaardeerd, echter geven respondenten ook aan dat de kwaliteit van de uiteindelijke gespreksvoering individueel erg verschilt. Ook in scholen wordt met taaktriggers rondom de vakantietijd gewerkt.

Handelen bij een vermoeden van VGV

Dreigende versus gerealiseerde VGV

Alle respondenten zien een noodzaak tot handelen bij acuut dreigende VGV. In deze gevallen wordt geprobeerd om met alle beschikbare instanties (van ketenpartners over Veilig Thuis tot aan de politie) een dreigende VGV te voorkomen. In de praktijk vindt men het echter lastig om tot de juiste interventie te komen: Wat als ouders na een indringend gesprek zeggen hun kind toch niet te willen laten besnijden? Kun je erop vertrouwen dat het daadwerkelijk niet gebeurt? En doen zware (strafrechtelijke) interventies uiteindelijk niet meer kwaad dan goed?

Bijzonder lastig is de situatie bij minder duidelijke en minder acute signalen. Welke interventies, behalve het voeren van een gesprek, zijn nog mogelijk? En wat zijn de tuchtrechtelijke consequenties als je ten onrechte een melding hebt gedaan?

Professionals zien geen meerwaarde om te melden dat een vrouw besneden is, als dit lang geleden is gebeurd. Zij richten zich op het bieden van medische of psychosociale nazorg. Of zij nemen de besnijdenis ter kennisgeving aan. Dat het melden van gerealiseerde VGV bij Veilig Thuis zinvol kan zijn om over een langere periode van tijd zicht op veiligheid te houden, is geen trigger om te melden. Wel zijn professionals alert op een mogelijk risico op besnijdenis bij dochters.

De meldcode en de rol van Veilig Thuis

De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is breed bekend. De meeste respondenten hebben de Meldcode wel eens doorlopen. Daarbij ging het vrijwel altijd om signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling, en dus niet om vermoedens van VGV. Respondenten vinden de Meldcode ook bruikbaar voor VGV, met name als het gaat om een acute dreiging. In de praktijk blijken respondenten zich echter niet zozeer te richten op de afweging rond het melden van vermoedens, maar op het bespreekbaar maken van VGV en het delen van signalen met professionele partners. Als er geen sprake is van een acute dreiging, maar van zorgen over een mogelijk risico op een toekomstige besnijdenis, wordt deze zorg dus niet altijd consequent aan Veilig Thuis gemeld. Beelden die respondenten hebben over het strafrechtelijke kader (uithuisplaatsingen, gevangenisstraffen) kunnen een verdere belemmering vormen om Veilig Thuis in te schakelen.

Overdracht

Overdracht tussen professionals in verschillende beroepen is van belang om te voorkomen dat signalen verloren gaan. De overdracht tussen verloskundigen, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg is meer gestructureerd en gebord dan de overdracht op andere momenten. De overdracht van dossiers van medische professionals op COA-locaties naar de reguliere eerstelijnsgezondheidszorg is kwetsbaar, omdat de professionals op COA-locaties hun kennis niet zelf actief over mogen dragen, maar moeten wachten tot de nieuwe (huis)arts daar om vraagt. Net zo vertellen respondenten dat de overdracht van signalen binnen het onderwijs niet ongehinderd plaatsvindt. Daarbij speelt (de beleving) van wat wel en niet mag in uit privacy-oogpunt een belangrijke rol. Binnen de jeugdgezondheidszorg bestaat bij sommige organisaties een knip tussen de zorg voor 0 tot 4-jarigen en die voor kinderen vanaf 4 jaar. Deze knip is, uit oogpunt van continuïteit in de aanpak van VGV, niet bevorderlijk.

Knelpunten

Knelpunten in de aanpak van VGV manifesteren zich op verschillende punten:

- In het kader van signalering valt op dat lang niet alle professionals zich bewust zijn van signalen van VGV.
- Handelingsverlegenheid kan het voeren van gesprekken belemmeren, met name bij professionals die weinig ervaring met VGV of interculturele communicatie hebben.
- Bij vermoedens van VGV weten professionals niet altijd hoe te handelen: wat kun je naast het gesprek erover voeren nog doen? Wat doe je als je vermoed dat er op een sociaal wenselijke manier geantwoord wordt? En is het strafrechtelijk kader niet een te zwaar middel om in te zetten bij vermoedens?
- Bij de overdracht van signalen van (dreigende) VGV tussen professionals in verschillende sectoren is nog te veel afhankelijk van de persoonlijke inzet en het persoonlijke netwerk van de betrokken professionals. Ook de (soms onjuiste) beeldvorming dat de

privacyregels (AVG) het delen van gegevens onmogelijk maken, staat een goede overdracht van signalen in de weg.

- Ook de rol van Veilig Thuis wordt door respondenten als knelpunt ervaren. Respondenten noemen het gevoel niet altijd serieus genomen te worden, uiteindelijk te veel zelf met de casus aan de slag te moeten en weinig afstemming met of terugkoppeling bij de professional.

Normalisering van VGV vergt tijd en continuïteit

Alhoewel het niet mogelijk lijkt om alle signalen van VGV (tijdig) te herkennen, is er mogelijk hoop op verbetering op lange termijn. Langdurig preventiewerk en bewustwording in eigen kring (onder ander door hulp van sleutelpersonen), kan tot normalisering van het afzien van VGV leiden. Dit vergt tijd én continuïteit in de inspanningen rond voorlichting aan doelgroepen en deskundigheidsbevordering van professionals.

6.2 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit het onderzoek naar het signaleren en melden van VGV door professionals die onder de Meldcode vallen, volgen hier enkele aanbevelingen om de aanpak van VGV te versterken. Deze aanbevelingen zijn overigens niet gericht aan één specifieke partij. De aanbevelingen hebben betrekking op:

- het inspelen op en benutten van beroepsgroep specifieke verschillen tussen professionals;
- interventies gericht op het vergroten van de kennis van professionals en het verminderen van handelingsverlegenheid;
- aanbevelingen van organisatorische aard;
- beroepsgroep- en sectorspecifieke aanbevelingen.

1. Kiezen voor effect: durf in te spelen op verschillen tussen professionals

Uit het onderzoek blijkt dat de mogelijkheden voor professionals om VGV te signaleren erg verschillen per sector en beroepsgroep en naar de mate waarin professionals te maken hebben met mensen uit gemeenschappen waar VGV voorkomt. Daarom is het ook aan te bevelen om in de aanpak van signalering van VGV rekening te houden met de vraag wat redelijkerwijs van professionals te verwachten is. Van professionals die veel en intensief contact hebben met mensen uit de risicogroep kan immers iets anders verwacht worden dan van professionals die maar één keer per jaar kort met iemand uit de risicogroep te maken hebben. Het is te overwegen om (aanvullende) middelen om de aanpak van VGV te versterken juist daar in te zetten waar het te verwachten effect zo groot mogelijk is.

Voor VGV geldt: Je gaat het pas zien als je het door hebt. Het lijkt echter onhaalbaar om uitgebreide kennis en expertise op het gebied van VGV bij alle professionals onder te brengen en deze ook up to date te houden, vooral bij professionals die maar zelden te maken krijgen met mensen uit gemeenschappen waar VGV voorkomt. Aan de andere kant kan elk signaal helpen om VGV (of complicaties als gevolg van VGV) te voorkomen. De middelen zijn echter beperkt. Daarom is het zinvol om in te zetten op twee sporen: basiskennis voor de brede groep professionals en meer diepgaande kennis en expertise voor specifieke professionals die gezien de aard en/of locatie van hun werk vaker (en/of intensiever) te maken kunnen krijgen met de risicogroep. Het is ook van belang deze specialistische kennis te borgen bij Veilig Thuis.

Voor basiskennis ligt de nadruk op kennis over VGV in algemene zin (wat is VGV, in welke gemeenschappen komt het voor?) en eerste signalering (wat zijn de signalen, bij wie kan ik terecht met mijn vragen?). Bij de specifieke professionals loont het om verder te investeren in geavanceerde signalering, gespreksvoering, en handelen bij vermoedens van VGV.

2. Investeer in de kennis en handelingsbekwaamheid van professionals

Benut en faciliteer ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen

Kennis over VGV zakt snel weg, vooral bij professionals die het weinig tegenkomen. Uit de interviews blijkt dat naast het zelf meemaken van een casus verhalen van ervaringsdeskundigen erg helpen om VGV in het vizier te houden. Maak daarom gebruik van ervaringsdeskundigen in het overbrengen van kennis over VGV. Daarnaast vervullen sleutelpersonen een waardevolle brugfunctie tussen de gemeenschappen waar VGV voorkomt en professionals. Hun bijdrage aan het bespreekbaar maken van VGV is van grote waarde en verdient daarom ondersteuning.

Benut taaktriggers op professionals te alerteren

Omdat professionals ook met veel andere onderwerpen te maken hebben die hun aandacht vragen, helpt het om taaktriggers te (blijven) gebruiken. De jaarlijkse attendering die naar scholen gestuurd wordt rond de vakantieperiode en de ‘vlaggetjes’ die omhooggaan bij consultatiebureaus en de jeugdgezondheidszorg wanneer er sprake is van een cliënt uit een risicoland worden zeer gewaardeerd. Blijf dit dus doen. Onderzoek ook of bij andere beroepsgroepen/sectoren taaktriggers gebruikt kunnen worden.

Bevorder dat VGV bespreekbaar is door te zorgen voor een veilige en oordeelsvrije setting

Om een risico op VGV in te kunnen schatten, zijn professionals vooral aangewezen op het gesprek met betrokkenen. Uit dit onderzoek blijkt dat een oordeelsvrije setting cruciaal is om in gesprek te kunnen komen. Van belang is dat een vertrouwensrelatie ontstaat waarin een onderwerp dat zo intiem en ook wel beladen is als VGV bespreek kan worden gemaakt. Zodat er ruimte is voor goede voorlichting, inclusief die over de strafbaarheid van VGV in ons land. Uit dit onderzoek blijkt dat een deel van de respondenten het idee van een meldplicht voor vermoedens van VGV om die reden afwijst: zo'n plicht kan contraproductief zijn als het onderwerp uit angst voor repressie minder makkelijk wordt besproken.

Help professionals op weg bij vermoedens van VGV

Uit het onderzoek blijkt dat professionals bij een gerealiseerde VGV of bij een vermoeden van een risico op een mogelijke toekomstige VGV veelal niet direct Veilig Thuis raadplegen, maar eerder contact zoeken met de jeugdgezondheidszorg of de huisarts. Respondenten vertellen dat zij bekende kanalen benutten. Maar daarbij is lang niet voor alle professionals bekend bij wie ze terecht kunnen met hun vermoedens. Een routekaart met specifieke contactpersonen wordt door respondenten in dit onderzoek daarom gewaardeerd. Investeer ook in duidelijkheid over welke rol verschillende organisaties (waaronder Veilig Thuis en de jeugdgezondheidszorg in relatie tot adviesvragen en stap 2 in de Meldcode) kunnen spelen en equipeer de organisaties en professionals voor deze rol. Dit vraagt ook afspraken over samenwerking in de keten en inzicht in beschikbare informatie (e.g. aanvullende factsheet meldcode eengerelateerd geweld en het handelingsprotocol VGV) en welke interventies zinvol kunnen zijn. Om de betrokkenheid van signalerende professionals ook in de toekomst te bevorderen is het aan te bevelen om terugkoppeling te geven over de gepleegde interventies.

Geef voorlichting over privacyaspecten

Professionals blijken terughoudend te zijn met het delen van informatie met andere professionals omdat men bang is de privacyregels te schenden. Als de veiligheid van een kind in het geding is, kunnen privacyaspecten echter nooit een reden zijn om een vermoeden niet te melden bij Veilig Thuis. De Wet verplichte meldcode biedt hiervoor een formele basis. Deze kennis is nog lang niet bij alle professionals geland. Geef deze kennis daarom duidelijk mee in de informatiematerialen en trainingen hierover.

3. Organisatorische aanbevelingen

Zorg voor een duidelijk en bekwaam aanspreekpunt bij (vermoedens van) VGV

Professionals die vragen hebben bij (vermoedens van) VGV moeten makkelijk bij de juiste informatie en de juiste mensen terecht kunnen komen. In de huidige praktijk lopen verschillende professionals er nog tegenaan dat informatie niet altijd makkelijk te vinden is en dat aanspreekpunten ook niet altijd de gewenste expertise kunnen bieden. VGV is immers een zeer specifiek onderwerp. Het kan daarom helpen om een duidelijk aanspreekpunt te hebben, die expert is op het gebied van VGV of de juiste expertise makkelijk weet te vinden. Organisaties waar professionals werken, zouden kunnen inzetten op aandachtsfunctionarissen die specifiek getraind zijn op dit onderwerp en waar alle vragen over VGV centraal terecht komen.

Ook extern is een duidelijk aanspreekpunt belangrijk. Bij Veilig Thuis kan dat bijvoorbeeld een vertrouwensarts of gedragswetenschapper die in VGV gespecialiseerd is en actief kennisuitwisseling binnen Veilig Thuis bevordert. Binnenkomende hulpvragen kunnen doorverwezen worden naar experts op dit gebied, die ook snel duidelijk kunnen maken welke rol Veilig Thuis kan spelen. Ook bij de jeugdgezondheidszorg is een bekwaam aanspreekpunt nodig gezien de vragen die bij hen komen voor advies (zie hieronder).

Onderzoek hoe de adviesfunctie Veilig Thuis versterkt kan worden

De toekomstige structuur en werkwijze van Veilig Thuis viel niet in de scope van dit onderzoek. Er zullen in dit onderzoek daarom ook geen uitgewerkte aanbevelingen gedaan worden wat betreft een mogelijke alternatieve inrichting van Veilig Thuis, omdat het onderzoek daar niet specifiek op gericht was. Desondanks blijkt uit de knelpunten die professionals in dit onderzoek hebben gemeld, dat nader onderzoek naar de adviesfunctie van Veilig Thuis mogelijk loont: Professionals melden gerealiseerde VGV niet wanneer de besnijdenis al langer in het verleden heeft plaatsgevonden. Tegelijkertijd wordt de adviesfunctie van Veilig Thuis in deze gevallen nauwelijks benut. Onderzoek daarom hoe de adviesfunctie van Veilig Thuis bij (gerealiseerde) VGV versterkt en goed ingebed kan worden.

Onderzoek de rol van de jeugdgezondheidszorg bij het monitoren van signalen

Bundeling en monitoring van signalen en vermoedens van VGV vindt niet optimaal plaats. Dit onderzoek laat zien dat de rol van Veilig Thuis hierbij beperkt is, om de simpele reden dat professionals hun signalen maar beperkt melden. Vaker leggen zij contact met de jeugdgezondheidszorg en de huisarts, die in de hoedanigheid van hun functie dan advies geven, maar niet per se melden bij Veilig Thuis. Vanuit deze bevinding is het verstandig om ketenafspraken te maken over wie de vinger aan de pols houdt. Signalen die duiden op een sluimerend (chronisch) risico op VGV worden deels geregistreerd bij de jeugdgezondheidszorg. Het verdient aanbeveling te onderzoeken of de rol van de jeugdgezondheidszorg bij het monitoren en opvolgen van signalen en vermoedens van VGV verder kan worden versterkt in de keten.

Geef voorlichting over de rol en bijdrage van Veilig Thuis

Het imago van Veilig Thuis binnen de gemeenschappen waar VGV voorkomt is vaak (nog) dat van een repressieve organisatie, die (alhoewel dit feitelijk niet juist is) wel wordt geassocieerd met uithuisplaatsingen. Het inschakelen van Veilig Thuis kan daarom snel als bedreiging overkomen. Ook professionals weten niet altijd wat Veilig Thuis kan bieden en aarzelen daarom om bij Veilig Thuis om hulp te vragen. Professionals geven aan dat zij soms twijfelen of Veilig Thuis niet meer kwaad doet dan goed, omdat zij twijfelen of het type interventie dat Veilig Thuis inzet passend is. Dit geldt met name voor casussen waarin sprake is van gerealiseerde VGV. Het is daarom van belang te blijven werken aan de informatievoorziening over en beeldvorming van Veilig Thuis en de mogelijke interventies. Daarbij hoort ook de informatievoorziening over het justitieel kader.

Bevorder warme dossieroverdracht bij verhuizingen

Het komt niet zelden voor dat gezinnen met meisjes uit risicolanden na hun aankomst in Nederland meerdere keren verhuizen, ook naar andere regio's. Het risico bestaat dat bestaande signalen niet goed bij de jeugdgezondheidszorg in de nieuwe regio bekend zijn. Zorg er daarom voor dat bij overdracht van het dossier eventuele signalen van VGV warm worden overgedragen.

Maak gebruik van specialisten

Sommige professionals zijn gespecialiseerd in het werken met mensen uit bepaalde gemeenschappen waar VGV voorkomt, bijvoorbeeld in de verloskundige begeleiding. Het vaker (in overleg met de cliënt) doorverwijzen van meisjes/vrouwen naar deze specialisten kan helpen om de signalering (en ook preventie) te versterken door de juiste professionals. Deze professionals zijn meestal erg bekwaam in gespreksvoering met de doelgroep en kennen hun cultuur. Daardoor is het voor deze professionals makkelijker om VGV bespreekbaar te maken. Een vergelijkbaar en in de praktijk beproefd voorbeeld zijn speciaal getrainde zorgverleners in de interculturele psychiatrie, die rekening kunnen houden met cultuur, religie, taal, etniciteit en sociaal-maatschappelijke achtergrond van de cliënt.

Neem kleine drempels weg

Kleine drempels kunnen het verschil maken tussen de juiste interventie plegen en signalen over het hoofd zien. Zo wordt het inhuren van tolken bij vermoedens van VGV wordt voor veel organisaties (bijv. kinderopvang) niet vergoed. De noodzaak voor inhuur van tolken komt zelden voor, maar kan voor kleine organisaties en professionals met een beperkt budget een drempel vormen om adequaat te handelen. Het vergoeden van inhuur van tolken voor deze gevallen kan deze drempels wegnemen en zal landelijk maar beperkte kosten met zich meebrengen. Daarnaast wordt bijvoorbeeld sommige specialistische zwangerschapsbegeleiding gericht op vrouwen uit risicolanden niet vergoed. In sommige gevallen zijn er al mogelijkheden om kosten vergoed te krijgen (bijvoorbeeld via fondsen voor achterstandswijken), maar is dit nog niet voldoende bekend bij professionals.

4. Aanbevelingen voor specifieke beroepsgroepen of sectoren

Op basis van het voorliggende onderzoek kunnen ook enkele aanbevelingen worden gegeven voor specifieke beroepsgroepen:

Huisartsgeneeskunde

Uit de interviews voor dit onderzoek blijkt dat er weinig huisartsen lijken te zijn die veel kennis van (signalering van) VGV hebben. Maak VGV daarom onderdeel van de

huisartsenopleiding. Investeer alternatief in actieve benadering van huisartsenpraktijken in gebieden met een grote populatie van mensen uit risicolanden.

Jeugdgezondheidszorg

Overweeg om lichamelijk onderzoek ook bij oudere kinderen (4+) standaard mogelijk te maken (zie Frankrijk), zodat mogelijke besnijdenis geconstateerd kan worden. Als tegenargument hiervoor wordt benoemd dat verplicht lichamelijk onderzoek het risico met zich meebrengt dat de meisjes uit de risicogroep van VGV uit beeld verdwijnen. Juist dan is het zaak dat de jeugdgezondheidszorg hen bereikt en hier extra op inzet.

Bij kinderen die op oudere leeftijd vanuit het buitenland naar Nederland komen, ontbreekt meestal een stuk in het kinddossier. Overweeg om de ontbrekende informatie door aanvullende (lichamelijke) onderzoeken alsnog op te halen.

Onderwijs

Investeer in kennis, expertise en netwerk van de zorgcoördinator. Benader actief scholen in gebieden met een grote populatie uit risicolanden (waaronder ook internationale schakelklassen/nieuwkomeronderwijs).

Reizigersvaccinaties

Gebruik (voor zover al niet ingeregeld) een taaktrigger om standaard de verklaring tegen VGV mee te geven bij reizen naar een risicoland.

Bijlage 1: Literatuur

HM Courts and Tribunal Services. (2017). *Female Genital Mutilation Protection Orders (FGM700)*. Geraadpleegd van <https://www.gov.uk/government/publications/female-genital-mutilation-protection-orders-fgm700>.

HM Courts and Tribunal Services. (2021). *Female Genital Mutilation: resource pack*. Geraadpleegd van <https://www.gov.uk/government/publications/female-genital-mutilation-resource-pack/female-genital-mutilation-resource-pack>.

Home, J., Rowland, A., Gerry, F., Proudman, C. & Walton, K. (2020) A review of the law surrounding female genital mutilation protection orders. *BJM* (28), 7. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.7.418>

Jansen, J., Timmer, W. & Janmaat, W. (2020). Problemen bij de aanpak van vrouwenbesnijdenis vanuit politieel perspectief. *Tijdschrift voor Seksuologie* (44) 3, 110-116.

Kawous, R., Van den Muijsenbrgh, M.E.T.C, Geraci, D., Van der Kwaak, A. Leye, E. Ortensi, L.E. & Burdorf, A. (2019). *Vrouwelijke Genitale Verminking. Omvang en risico in Nederland*. Utrecht: Pharos.

Leye, E. & Sabbe, A. (2009). *Responding to Female Genital Mutilation. Striking the right balance in Europe between prosecution and prevention. A review of legislation*. Gent: International Centre for Reproductive Health, Ghent University.

Nijboer, J.F., Van der Aa, N.M.D. & Buruma, T.M.D. (2010). *Strafrechtelijke opsporing en vervolging van vrouwelijke genitale verminking. De Franse praktijk*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

UNFPA (2020). *Female genital mutilation (FGM): frequently asked questions*. Geraadpleegd van <https://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions>.

WHO (2020). *Female genital mutilation. Key facts*. Geraadpleegd van <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

Bijlage 2: Topiclijst

Introductie

- Kennismaking: onderzoeker stelt zich voor.
- Doelstelling onderzoek: inzicht krijgen in de overwegingen die bij professionals uit verschillende sectoren een rol spelen bij signalen/vermoedens van VGV.
- Methode: interviews met professionals uit verschillende sectoren, verspreid over het land.
- Interviews worden anoniem verwerkt. Resultaten zijn op geen enkele wijze tot u herleidbaar.

VGV: Algemeen beeld

- Ons gesprek gaat over vrouwelijke genitale verminking. We spreken kortweg ook wel over VGV. Het is aan het begin van ons gesprek zinvol de inhoud van dit begrip wat nader te verkennen. Kunt u in uw eigen woorden vertellen waar het bij VGV om gaat?

[onderzoeker: doel van de vraag is om in heel algemene zin te verkennen hoe respondent VGV begrijpt/percipieert. Leg vast of onderscheid wordt gemaakt naar:

1. dreigende versus gerealiseerde VGV;
2. verschillende verschijningsvormen/typen van VGV;
3. bevolkingsgroepen waarbij sprake is van verhoogd risico op VGV;
4. overige aandachtspunten die respondent noemt, zoals 'vakanties'.]

[onderzoeker: afhankelijk van antwoord informatie aanreiken m.b.t.:

1. dreigende versus gerealiseerde VGV;
 2. verschillende verschijningsvormen/typen van VGV;
 3. bevolkingsgroepen waarbij sprake is van verhoogd risico op VGV;
- dit zodat respondent en onderzoeker gelijke kennispositie hebben.]

- Hoe heeft u uw kennis over VGV verkregen?

Ervaring met VGV

- U werkt als [functie respondent]. Heeft u zelf wel eens een situatie meegemaakt waarbij u een vermoeden had dat er sprake zou kunnen zijn van VGV?
- Zo ja, kunt u deze situatie beschrijven? [Bij meerdere situaties: beschrijf elke situatie afzonderlijk.]
 - Op welke wijze heeft u het signaal/vermoeden gekregen [eigen waarneming, signaal van ander]?
 - Wat was voor u aanleiding te vermoeden dat sprake zou kunnen zijn van VGV?
 - Wat heeft u toen gedaan? [onderzoeker: beschrijf dit per situatie zo compleet mogelijk, in de woorden van de respondent]
- Heeft u vanwege uw vermoeden van VGV contact gehad met andere professionele partijen, zoals:
 - Veilig Thuis
 - de politie
 - het COA
 - de jeugdgezondheidszorg
 - het Centrum voor Jeugd en Gezin
 - anders, namelijk...
- Zijn er collega's van wie u weet dat zij in hun werk te maken hebben gehad met signalen of vermoedens van VGV?
- Wordt er bij u op het werk wel eens gesproken over VGV?
[onderzoeker noteer of dit informeel of formeel is, tussen collega's onderling of georganiseerd vanuit organisatie etc.]

Signaleren en melden van VGV

- Is er bij u op het werk een vaste werkwijze afgesproken over hoe u en uw collega's moeten handelen bij signalen of vermoedens van VGV?

Zo ja, kunt u deze werkwijze kort beschrijven?

- Maakt het daarbij uit of het gaat om dreigende of gerealiseerde VGV?
- Stel je voor dat je te maken hebt met een vermoeden van dreigende of gerealiseerde VGV. Wat u zou doen als u hier nu in uw werk mee te maken kreeg. Wat zou u doen:
 - Bij een situatie van dreigende VGV.
 - Bij een situatie van gerealiseerde VGV.
- Ik noem nu een aantal mogelijke manieren waarop u zou kunnen reageren als u een vermoeden heeft van dreigende of gerealiseerde VGV. Aan u de vraag om aan te geven of u deze optie wel of niet zou overwegen en waarom.

- Optie 1: Ik kijk de situatie eerst nog even aan. Zo kan ik mijn vermoeden nader onderzoeken voor ik besluit verdere actie te ondernemen.
- Optie 2: Ik bespreek de situatie met een collega. Samen bepalen we wat te doen.
- Optie 3: Ik bespreek mijn vermoeden met de personen in kwestie.
- Optie 4: Ik roep de hulp in van een professionele hulpverlener.
- Optie 5: Ik neem contact op met Veilig Thuis om advies te vragen.
- Optie 6: Ik neem contact op met Veilig Thuis om een melding te doen van mijn vermoeden.
- Waarom is het volgens u zo moeilijk om VGV te signaleren?

Kennis en toepassing van de Meldcode

- Bent u bekend met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling?
- Heeft u, in het algemeen, wel eens te maken gehad met (vermoedens) van huiselijk geweld of kindermishandeling, waardoor u met de Meldcode gewerkt heeft?
- Vindt u dat de Meldcode ook bedoeld is voor signalen of vermoedens van VGV? Waarom?
- Is de Meldcode (en het afwegingskader) voor u helpend als het gaat om vermoedens van VGV? Is de Meldcode toepasbaar en bruikbaar?

Welke stappen doorloopt u?

- In verband met de Meldcode wordt wel gesproken over acute onveiligheid en structurele onveiligheid. Beschouwt u VGV als vorm van acute onveiligheid of als vorm van structurele onveiligheid?

Maakt het daarbij nog uit of het gaat om dreigende of om gerealiseerde VGV?

- Er wordt maar heel beperkt advies gevraagd en melding gedaan over VGV bij Veilig Thuis. Terwijl professionals die met de Meldcode werken wel geacht worden signalen en vermoedens van VGV te melden. Ik noem nu enkele overwegingen die een rol zouden kunnen spelen om signalen of vermoedens van VGV niet te melden bij Veilig Thuis. Aan u de vraag aan te geven in hoeverre deze overwegingen voor u aan de orde zijn.
 - Ik weet niet of ik de situatie voldoende in kan schatten om een melding te doen.
 - Ik wil de vertrouwensrelatie met betrokkenen niet op het spel zetten.
 - Ik ben bang voor de reactie van cliënten als ik hen vertel dat ik mij genoodzaakt voel om te melden bij Veilig Thuis.

- Ik denk niet dat het zin heeft een melding te doen bij Veilig Thuis.
- Bij huiselijk geweld en kindermishandeling denk ik aan structureel geweld, dat over een langere tijd aan de orde is. Vrouwelijk genitale verminking is een eenmalige gebeurtenis.
- Bij gerealiseerde VGV zie ik de noodzaak niet om te melden, omdat het toch al plaats heeft gevonden.
- Ik ben gehouden aan mijn beroepsgeheim (en daarmee samenhangend tuchtrecht).
- Als u ervoor kiest om niet te melden bij Veilig Thuis, welke andere acties zou u dan *wel* ondernemen? Waarom?

Verbetermaatregelen

- Is het naar uw mening nodig om meer signalen en vermoedens van VGV in beeld te krijgen? Waarom?
- Is het doen van een melding bij Veilig Thuis daarvoor wat u betreft een geschikte manier? Waarom?
- Wat zou de overheid kunnen doen om te bevorderen dat mensen zoals u eerder en vaker signalen en vermoedens van VGV melden?
- Ik noem tot besluit enkele mogelijke maatregelen die de overheid zou kunnen nemen om signalen en vermoedens van VGV eerder en beter in beeld te krijgen. Aan u de vraag om elke maatregel te beoordelen.
 - Voorlichting geven aan professionals die met de Meldcode werken, zodat ze signalen en vermoedens van VGV beter herkennen.
 - Investeren in de kwaliteit van Veilig Thuis, zodat professionals die met de Meldcode werken beter geholpen worden.
 - Een meldplicht instellen voor signalen en vermoedens van VGV.

Afsluiting

- We komen aan het einde van het interview. Zijn er van uw kant zaken die u ons nog mee wilt geven, waar we nog niet over hebben gesproken?
- Heeft respondent nog suggesties voor andere professionals die we in het kader van dit onderzoek kunnen benaderen?

Dit was het einde van het interview. Hartelijk dank voor u medewerking.