

Besnijdenis van meisjes in Nederland. Na de storm: actie!

Marcel Reyners

Enrichissons-nous de nos mutuelles différences

Paul Valéry¹

De discussie over vrouwenbesnijdenis is in Nederland inmiddels goed op gang gekomen. De 'stilte' (zie Van der Kwaak et al 1991) is met een grote klap doorbroken. Diverse factoren hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld. Vóór de komst van de Somalische vluchtelingen bleef het een meer theoretisch probleem voor een kleine kring van belangstellenden. In de medische literatuur kwam het onderwerp nauwelijks aan de orde (Boesaart 1968), de feministische stroming van de jaren zeventig heeft clitoridectomie als uiting van vrouwenonderdrukking wel meegenomen in het actie voeren (Dolle Mina 1977), maar er was geen sprake van belangstelling in brede kring.

Sinds 1988 vluchten Somaliërs in grote getale naar westerse landen. Onder hen bevinden zich vele vrouwen die bij aankomst hulp zoeken in verband met de genitale mutilatie die zij als kind hebben ondergaan. De consequenties van infibulatie doen zich immers dagelijks voelen: moeilijkheden bij plassen, menstruatie, coïtus en bevalling. Het lag daarom voor de hand dat medici, en onder hen vooral gynaecologen, snel in contact zouden komen met dit voor velen onbekende fenomeen (Reyners 1989). De medische informatie over genitale mutilatie werd als een gevaar gezien, als een te beperkte benadering (Van der Kwaak et al 1991) met kans op stigmatisering van deze vluchtelingen.²

Besnijden van meisjes, een culturele verdwaling?

Genitale mutilatie in Nederland is in dubbel opzicht te beschouwen als een verdwaling in de cultuur: de vanzelfsprekendheid van deze Somalische traditie wordt ondermijnd door de confrontatie met de westerse cultuur die dit fenomeen niet accepteert (Dupuis 1989). Het probleem wordt nog gecompliceerder door het feit dat de Nederlandse samenleving hevig in beroering kwam, toen eenmaal bleek dat genitale mutilatie binnen de landsgrenzen tot de reële mogelijkheden ging behoren, terwijl deze mutilatie bij de Somalische vluchtelingen slechts een klein onderdeel is van de enorme hoeveelheid problemen zoals scheiding van land, clan en familie, en van lichamelijke en psychische onveiligheid.

De verwarring steeg tenslotte ten top bij het verschijnen van een door de overheid gevraagd onderzoeksrapport met daarin het advies om onder voorwaarden een lichte vorm van genitale mutilatie legaal toe te staan, mits uitgevoerd door gynaecologen – een advies

dat direct inging tegen gangbare medische, ethische en juridische standpunten en waarover met desbetreffende groepen geen overleg was gepleegd (Bartels & Haaijer 1992).

Medische aspecten van incisie

Over de negatieve invloed van genitale mutilatie op gezondheid van lichaam en geest bestaat voldoende medische literatuur, zo niet kwantitatief, bij gebrek aan goede en uitgebreide studies, dan toch wel kwalitatief (Reyners 1989, Van der Kwaak et al 1991). Om toch tot het advies van toelaatbaarheid te kunnen komen, diende het ongebruikelijke onderscheid gemaakt te worden tussen mutilerende (clitoridectomie en infibulatie) en niet-mutilerende vormen (incisie: sneetje of prikje in de clitoris dan wel de voorhuid).

Semantisch is er geen eenduidigheid. De Van Dale (1976) spreekt van mutilatie wanneer een orgaan wordt weggehaald, terwijl een Frans woordenboek ook het prikken in en doorboren van organen als verminkend beschouwt (Petit Robert 1989). Er bestaat gevoelsmatig wel een duidelijke communis opinio, afgemeten aan de talrijke reacties, zoals onder meer bleek uit een korte handtekening-actie,³ dat de incisie, al zou het naar de letter niet verminkend zijn, het dat wel des te meer naar de geest is.

Het voorstel om deze ingreep onder nog nader te omschrijven voorwaarden te laten uitvoeren door gynaecologen, roept vele vragen op. Deze beroepsgroep had zich al eerder ondubbelzinnig uitgesproken tegen iedere medewerking aan besnijdenis⁴ en het spitsvondige zogenaamd kwalitatieve onderscheid mutilerend versus niet-mutilerend heeft aan deze stellingname niets veranderd.

Het uitvoeren van een incisie zou een arts immers zonder meer in conflict brengen met algemeen aanvaarde uitgangspunten van zijn beroepsuitoefening waarvan de universaliteit sinds eeuwen geldt (Ten Have & Kimsma 1992):

- a. het handelen in het belang van de patiënt;
- b. het beginsel geen schade toe te brengen (*primum nil nocere*);
- c. geen misbruik te maken van de positie als arts.

ad a. Het besnijden van meisjes vindt over het algemeen plaats voor het tiende levensjaar en op dus verzoek van ouders of andere familieleden, nooit van de betrokkene zelf. Argumenten van groepsverbondenheid en religieuze adhesiebetuiging vallen weg wanneer het gaat om de gezondheid van het individu. Het veilig stellen van de bruidsprijs komt dan helemaal als reden te vervallen.

ad b. Iedere niet-medisch geïndiceerde ingreep aan de genitalia van een meisje moet beschouwd worden als een aanslag op de lichamelijke integriteit en brengt niet alleen onmiddellijke en late fysische complicaties met zich mee, maar, en niet minder belangrijk, ook psychische en psycho-seksuele.

ad c. Het kan voor een arts verleidelijk zijn om zijn kennis en ervaring te gebruiken om het leed te verzachten door onder zogenaamd verantwoorde omstandigheden een ingreep te verrichten, waardoor de schade beperkt zal zijn en erger wordt voorkomen. Medicaliseren van onrecht zal dit echter niet kunnen recht maken. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft duidelijk de stelling ingenomen dat hulpverleners in de gezondheidszorg nooit hun medewerking dienen te verlenen aan traditionele praktijken die schade berokkenen aan kinderen (Wassaf 1988).

Re-infibulatie

Om geen verwarring te creëren dient eerst de handeling gedefinieerd te worden: een re-infibulatie is het terugbrengen van de diameter van de vagina-ingang na de bevalling tot de voorheen bestaande. Over het algemeen is dit een opening die net de penetratie toelaat. De achtergrond is om door de vernauwing de partner meer seksueel genot te verschaffen bij de coïtus. Dit berust echter op onwetendheid en misverstand, want ook de man zal hinder ondervinden van een verlittekende vagina-ingang. En ook hier dient het geven van medische hulp ter discussie te staan, omdat uiteindelijk niet de patiënt zelf het wil, maar haar partner. Daarom dient de man betrokken te worden bij de beslissing en moet op zijn verantwoordelijkheid gewezen worden.

Conclusie

“Enrichissons-nous de nos mutuelles expériences”.

“Laten we elkaar verrijken door onze wederzijdse ervaringen”

De stilte over genitale mutilatie is duidelijk doorbroken. De maatschappelijke betrokkenheid in Nederland is groot gebleken. Confrontatie van meningen heeft plaats gevonden en vele stemmen zijn gehoord. Ervaringen zijn uitgewisseld.

Juristen hebben nationale wetten en internationale verdragen en afspraken bestudeerd. Antropologen hebben gewezen op het gevaar van een eenzijdige benadering van genitale mutilatie bij vluchtelingen. Zich geplaatst wetend voor een mogelijk daadwerkelijke confrontatie met genitale mutilatie, hebben artsen zich duidelijk uitgesproken tegen iedere medewerking aan welke vorm ook.

Alle betrokkenen delen overigens de mening dat snel goede hulp verleend dient te worden aan de Somalische vrouw en dat het meisje, dat risico loopt besneden te worden, hiertegen beschermd dient te worden. Artsen moeten zich bezinnen op wat te doen bij het vaststellen van uitgevoerde genitale mutilatie. Adviezen en richtlijnen zullen door de beroepsgroep geformuleerd worden.

Goede samenwerking van hulpverleners in de medische en sociale sector is een noodzaak, voorlichting en educatie aan de doelgroep door eigen mensen een conditio sine qua non. Ieder die in contact kan komen met geïnfibuleerde meisjes moet weten wat dit kan betekenen: meer tijd voor plassen tijdens de recreatie op school, schaamte en verlegenheid in opbouwen van relatie, et cetera. Van de ervaring van elders kan gebruik worden gemaakt (Hedley & Dorkenoo 1992) en het in de hele wereld unieke Nederlandse netwerk van sociale hulpverlening kan worden ingeschakeld. We hebben nog een lange weg te gaan.

Noten

Marcel Reyners is gynaecoloog te Meppel. Hij was van 1972 tot 1976 werkzaam in bilaterale projecten van Moeder- en Kindzorg van de Nederlandse en Belgische ontwikkelingshulp. Hij heeft diverse artikelen gepubliceerd over medische aspecten van vrouwenbesnijdenis.

1. Geciteerd door P.O. Hubinont in: *Revue de l'Université de Bruxelles*, 1973, 2: 155.
2. De in Frankrijk wonende Marokkaanse schrijver Tahar Ben Jelloun citeert in zijn boek *Gastvrijheid de* Algerijnse socioloog Abdelmalek Sayad: “..als een cultuur verminkt is tot een hoogte waarop ze is

teruggebracht tot de meest karikaturale en beknopte uitingen die men ervan wil geven..”, een gevaar dat bij Somalische vrouwen en de traditie van genitale mutilatie levensgroot is.

In zijn voor Nederland aangepast voorwoord waarschuwt Ben Jelloun voor de toenemende vreemdelingenhaat in Europa, voor hem “..de logica van de gemakzucht”.

3. In minder dan een maand tijd werden bijna 10.000 handtekeningen verzameld van tegenstanders van het legaliseren onder voorwaarden van de incisie. Zij werden bij de aanvang van de themadag 'Vrouwenbesnijdenis, wereldwijd en in Nederland' op 2 oktober 1992 te Leiden aangeboden aan de minister van WVC.
4. Op de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) van 7 juni 1991 te Alkmaar werd door de voorzitter van de NVOG het volgende standpunt verwoord:
 - “De besnijdenis van vrouwen wordt afgekeurd als een onwenselijke mutilatie.”
 - “Aan de besnijdenis van vrouwen dient door de Nederlandse gynaecologen geen medewerking te worden verleend.”

Literatuur

Bartels, K. & I. Haaijer

1992 's Lands wijs, 's lands eer? *Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland*. Rijswijk: CGV.

Boesaart J.W.

1968 Circumcisie bij de vrouw in Somalia. : *Dais Gynaikoloog*. Leiden: Stafleu.

Dolle Mina

1977 *Clitoridectomie en het recht op onze eigen seksualiteit*. Amsterdam: Dolle Mina.

Dupuis, H.

1989 Zo zijn onze manieren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 133(20): 1011-3.

Have, H.A.M.J. ten & G.K. Kimsma

1992 Ethiek in de gezondheidszorg. In H.M.A.J. ten Have et al. (red.): *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer.

Hedley R. & E. Dorkenoo

1992 *Child protection and female genital mutilation. Advice for health, education and social work*. London: FORWARD.

Kwaak, A. van der, I. Haaijer & K. Bartels

1991 Besnijdenis bij Somalische vrouwen: de stilte doorbroken? *Medische Antropologie* 3(2): 210-35.

Reyners, M.M.J.

1989 Circumcisie bij vrouwen en infibulatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 133(51): 2557-61.

Le Petit Robert

1989 *Dictionnaire de la langue française*. Paris: Le Robert.

Wassaf, H.H.

1988 WHO activities in the area of female circumcision and women's health. In: *Female circumcision, strategies to bring about change. Proceedings of the International Seminar on Female Circumcision*, Mogadishu: AIDOS.