

OPERATIES BIJ INTERSEKSE KINDEREN: DE NORM OF EEN VORM VAN GENITALE VERMINKING?

Masterproef neergelegd tot het behalen van
de graad van Master in de Criminologische Wetenschappen
door (01605432) Ackx Jackelien

Academiejaar 2019-2020

Promotor :
Prof. Dr. Tom Decorte

Commissaris :
Marthe Ongenaert

Preambule: masterproef geïmpacteerd door coronamaatregelen

Het doel van dit onderzoek bestond oorspronkelijk uit het formuleren van aanbevelingen voor het beleid inzake operaties bij intersekse kinderen, door het te vergelijken met (de aanpak van) vrouwelijke genitale verminking. De onderzoeksmethode van deze masterproef hield daarnaast initieel kwalitatieve diepte-interviews in, welke afgelegd zouden worden in de periode van eind februari tot begin april 2020. Vooraleer de veiligheidsmaatregelen afgekondigd waren, stonden acht interviews gepland, waarbij het de bedoeling was dat ik mij als onderzoekster naar de locatie van de respondent zou verplaatsen.

Door de wereldwijde verspreiding van het covid-19-virus en de daarmee samenhangende federaal opgelegde veiligheidsmaatregelen heeft dit onderzoek een gedeeltelijke heroriëntering gekregen. Hoewel de probleemstelling dezelfde bleef, zijn *face-to-face* interviews vervangen door online interviews die via videochat plaatsvonden. De gebruikte kanalen hiervoor waren in de meeste gevallen Skype en Microsoft Teams. Eénmaal verliep dit via de app ‘GoToMeeting’. Als onderzoekster heb ik me immers aangepast aan de methode die de voorkeur genoot van de respondent. Bovendien werd aan gezondheidswerkers waarmee reeds een interview gepland was allereerst de vraag gesteld of dit nog mogelijk was voor hen. Dit bleek in alle gevallen gelukkig zo te zijn, waar ik enorm dankbaar voor ben.

De acht geplande interviews zijn allemaal kunnen doorgaan. Drie interviews hebben nog *face-to-face* plaatsgevonden (24/02, 02/03 en 13/03) en vijf interviews gebeurden via online-communicatie (17/03, 23/03, 27/03, 03/04 en 09/04). Voor deze laatste vijf interviews moest vervolgens rekening gehouden worden met specifieke methodologische consequenties, welke uitgebreid besproken worden in het hoofdstuk ‘methodologie’. Verder zou iedere respondent normaal gezien de mogelijkheid krijgen om aan het begin van een interview een *informed consent* te tekenen. Bij de online interviews is dit formulier echter op voorhand doorgestuurd via mail, waarna de betrokken respondent het gescande ondertekende document terugmailde. De inhoud van de *informed consent* werd daarbij nog eens toegelicht wanneer het online gesprek van start ging.

Deze preambule werd in overleg tussen de promotor en mijzelf opgesteld en door beiden goedgekeurd.

Voorwoord

Graag zou ik aan enkele mensen mijn dank willen betuigen voor de totstandkoming van deze masterproef. Eerst en vooral bedank ik Katrien De Koster van de organisatie GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines) voor de brainstormsessie vol ideeën en originele pistes rond het thema (vrouwelijke) genitale verminking, en om me op die manier mee op weg te zetten aan de uiteindelijke masterproef. Ook de gezondheidswerkers die ik heb mogen interviewen, wil ik bedanken om in deze drukke omstandigheden toch nog tijd vrij te maken voor een online interview. Daarbij wil ik mijn dank betuigen aan de ervaringsdeskundigen om hun moedige getuigenissen te delen. Verder gaat mijn dank uit naar alle andere respondenten voor hun inspirerende en informatierijke inzichten omtrent dit thema.

Voorts bedank ik mijn familie, om me alle kansen te geven om in deze positie te geraken en me te blijven steunen in alles wat ik doe. Bovendien wil ik mijn huisgenoten tijdens de periode van de veiligheidsmaatregelen danken om rekening te houden met de planning van mijn online interviews. Daarnaast bedank ik mijn promotor, om me telkens feedback te geven en me te begeleiden doorheen deze masterproef. Mijn dank gaat eveneens uit naar enkele medestudenten voor de mentale steun tijdens het schrijven en om (dagelijks) te luisteren naar mijn vele dilemma's en bedenkingen rond mijn onderzoek. Ten slotte bedank ik iedereen die mijn masterproef gelezen heeft voor de nuttige opmerkingen.

Inhoudsopgave

Preambule: masterproef geïmpacteerd door coronamaatregelen.....	II
Voorwoord.....	III
Lijst van gebruikte afkortingen.....	VI
Lijst van gebruikte figuren en tabellen.....	VI
Abstract.....	VII
Key words.....	VII
Executive summary.....	VIII
1. Inleiding.....	1
<i>1.1 Probleemstelling.....</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Doelstelling.....</i>	<i>4</i>
<i>1.3 Onderzoeksvragen.....</i>	<i>4</i>
<i>1.4 Onderzoeksmethode.....</i>	<i>5</i>
<i>1.5 Enkele inhoudelijke beperkingen.....</i>	<i>5</i>
<i>1.6 Hoofdpijnen.....</i>	<i>6</i>
2. Vrouwelijke genitale verminking.....	7
3. Operaties bij intersekse personen.....	8
<i>3.1 Wat is intersekse?.....</i>	<i>8</i>
<i>3.2 Bewegredenen voor operaties bij intersekse kinderen.....</i>	<i>11</i>
<i>3.2.1 Vermijden discriminatie en stigmatisering.....</i>	<i>12</i>
<i>3.2.2 Esthetisch-normatief.....</i>	<i>12</i>
<i>3.2.3 Gezondheidsbevorderend.....</i>	<i>12</i>
<i>3.3 Mogelijke gevolgen van de operaties.....</i>	<i>13</i>
<i>3.3.1 Psychologisch.....</i>	<i>13</i>
<i>3.3.2 Medisch.....</i>	<i>14</i>
<i>3.3.3 Reproductief en seksueel.....</i>	<i>15</i>
<i>3.4 Prevalentie.....</i>	<i>15</i>
<i>3.5 Belgisch beleid.....</i>	<i>16</i>
<i>3.5.1 Omtrent intersekse kinderen.....</i>	<i>16</i>
<i>3.5.2 Omtrent de binariteit in het rechtsstelsel.....</i>	<i>17</i>
4. Een eerste vergelijking van vrouwelijke genitale verminking en operaties bij intersekse kinderen.....	18
5. Methodologie.....	19
<i>5.1 Vooraf.....</i>	<i>19</i>
<i>5.2 Keuze onderzoeksstrategie.....</i>	<i>20</i>
<i>5.3 Originiele onderzoeksmethode en steekproeftrekking.....</i>	<i>20</i>
<i>5.4 De impact van het covid-19-virus: een switch naar online onderzoek.....</i>	<i>21</i>
<i>5.5 Analyse van de resultaten.....</i>	<i>23</i>
6. Resultaten en discussie.....	24

6.1	<i>Gelijkenissen tussen vrouwelijke genitale verminking en operaties bij intersekse kinderen.....</i>	24
6.2	<i>Verschillen tussen de twee praktijken</i>	27
6.3	<i>Het verschil in beleid tussen vrouwelijke genitale verminking en operaties bij intersekse kinderen</i>	29
6.4	<i>De vraag naar een eventueel verbod op operaties bij intersekse kinderen</i>	31
6.4.1	<i>Verdeeldheid in meningen.....</i>	31
6.4.2	<i>Verschillende opties mogelijk</i>	32
6.4.3	<i>Bijkomende problemen.....</i>	34
6.5	<i>Randvoorwaarden voor een eventueel verbod</i>	35
6.5.1	<i>Aanpak binariteit in het rechtssysteem</i>	36
6.5.2	<i>Sensibilisering.....</i>	37
6.5.3	<i>Openen debat naar gelijkaardige praktijken</i>	38
6.5.4	<i>Onderzoek, onderzoek, onderzoek</i>	39
7.	<i>Conclusie.....</i>	40
7.1	<i>Bevindingen uit de literatuurstudie.....</i>	40
7.2	<i>Resultaten uit het eigen onderzoek.....</i>	40
7.3	<i>Enkele limitaties.....</i>	41
7.4	<i>Algemeen besluit</i>	42
8.	<i>Bibliografie</i>	45
8.1	<i>Algemeen</i>	45
8.2	<i>Juridische bronnen</i>	51
9.	<i>Bijlagen</i>	53
9.1	<i>Respondenten over terminologie.....</i>	53
9.2	<i>Interviewvragen.....</i>	54
9.3	<i>Informed consent</i>	58
9.4	<i>Informatiebrief.....</i>	59
9.5	<i>Data Management Plan.....</i>	61

Lijst van gebruikte afkortingen

DSD: Disorders/Differences of Sex Development

EIGE: European Institute for Gender Equality

EU: Europese Unie

EVRM: Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

FRA: Fundamental Rights Agency

GAMS: Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines

IGVM: Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen

ILGA-Europe: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association Europe

NNID: Nederlands Netwerk Intersekse/DSD

OHCHR: Office of the United Nations Commissioner for Human Rights / UN Human Rights Office

OII Europe: Organisation Intersex Europe

RvE: Raad van Europa

UZ Gent: Universitair Ziekenhuis Gent

VGv: Vrouwelijke genitale verminking

VN: Verenigde Naties

WHO: World Health Organization

Lijst van gebruikte figuren en tabellen

Figuur 1: Chromosomale geslacht.....9

Tabel 1: Gender assignment in 46, XX and 46, XY Disorders of Sex Development.....14

Abstract

Genital surgeries on intersex children are not forbidden by law in most countries, in contrast to female genital mutilation. International human rights organizations and activists have brought to our attention that these two practices might not be as different as the various policies make them seem. The aim of this research is to formulate recommendations on the practice of surgeries on intersex children, comparing it to the approach of female genital mutilation. Results were gathered through qualitative interviews with eight stakeholders, namely people who have professional knowledge or experience concerning this matter. Even though opinions on the criminal law aspect of this topic seemed to be divided, consensus has been reached on the need to raise awareness about intersex conditions. Next to that, more research is required on the effects of surgeries and not performing surgery. As for today, these surgeries are not monitored in Belgium, so no one has a reliable view on the prevalence of them. Receiving a better view on this through research and monitoring is therefore required. A prohibition on non medical necessary surgeries on intersex children seems crucial too, to make sure that no doctor performs surgery on an intersex child that doesn't give its permission. Lastly, a public debate needs to be stimulated about similar practices, for example male circumcisions and genital cosmetic surgeries.

Key words

Intersekse

DSD

Disorders of sex development

Differences of sex development

Genitale verminking

Intersekse genitale mutilatie

Operaties bij intersekse kinderen

Executive summary

Niet medisch noodzakelijke operaties bij intersekse kinderen worden bekritiseerd door (internationale) mensenrechtenorganisaties, omdat ze een schending van enkele fundamentele rechten inhouden, zoals het recht op fysieke integriteit, het recht op autonomie en het verbod op discriminatie. Bovendien kan de vraag gesteld worden of ingrepen zoals vrouwelijke genitale verminking en operaties bij intersekse kinderen wel zo verschillend zijn als de verscheidene aanpak ervan doet uitschijnen. Zo luidt kritiek dat enkele beweegredenen en gevolgen van beide praktijken gelijkaardig zijn. Het doel van dit onderzoek is dan ook om aanbevelingen te formuleren voor het beleid inzake operaties bij intersekse kinderen, door het te vergelijken met (de aanpak van) vrouwelijke genitale verminking.

De resultaten zijn verzameld door het afnemen van kwalitatieve interviews met acht stakeholders, meer bepaald personen met professionele of ervaringskennis omtrent dit onderwerp. Niettemin moet de representativiteit van dit onderzoek met de nodige voorzichtigheid benaderd worden, aangezien acht respondenten niet de visie weergeven van alle betrokkenen bij deze zaak.

Hoewel een verdeeldheid in meningen ontstond als het op het strafrechtelijke aspect van operaties bij intersekse kinderen aankwam, werd sensibilisering over het bestaan van intersekse personen als hoge prioriteit beschouwd. Wat hier onlosmakelijk mee samenhangt, is een discussie over de binariteit in het rechtsstelsel. In die zin dient het systeem afgestemd te worden op een grotere variabiliteit aan individuen, in plaats van individuen te schikken naar een geconstrueerd systeem. Daarnaast is grootschalig onderzoek vereist naar consequenties van de operaties, gevolgen van het niet-opereren en de prevalentie van deze chirurgische ingrepen in ziekenhuizen in België. Om daarbij tegemoet te komen aan de bescherming van de mensenrechten van iedereen, lijkt het noodzakelijk om een verbod op niet medisch noodzakelijke operaties bij intersekse kinderen in te lassen. Het is de bedoeling dat dit verbod eerder een preventieve functie uitoefent dan een repressieve. Onderzoek naar de beste manier om dit te implementeren door te anticiperen op mogelijke negatieve gevolgen is echter vereist. Verder lijkt het essentieel dat verschillende landen dit wettelijk kader in samenwerking realiseren, zodat geen verplaatsingseffect naar het buitenland kan plaatsvinden. Ten slotte dient een publiek debat gestimuleerd te worden omtrent gelijkaardige culturele praktijken, zoals mannenbesnijdenissen en genitale cosmetische ingrepen.

1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

Vandaag zijn wereldwijd reeds meer dan 200 miljoen meisjes of vrouwen genitaal verminkt en lopen iedere dag meisjes het risico om deze praktijk te ondergaan (UNICEF, 2016). Via internationale verdragen en nationale actieplannen zet de westerse wereld zich dan ook intensief in voor de strijd tegen vrouwelijke genitale verminking (verder afgekort als 'VGV') en hanteert daarbij een *zero-tolerance policy* (Jones, 2017). Zo hebben het Verdrag van Istanbul - uitgaande van de Raad van Europa (verder afgekort als 'RvE') - en het Nationaal Actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld 2015-2019 een impact in België op het preventief, repressief en hulpverleningsluik inzake VGV (IGVM, 2015).¹

Toch richt deze veroordeling van de praktijk zich in principe altijd tegen bepaalde etnische groepen, en wordt de eigen cultuur in mindere mate in vraag gesteld. Ook bij ons bestaan immers gelijkaardige gebruiken die vraagtekens doen oproepen. Intersekse kinderen bijvoorbeeld, die geboren worden met een variatie in de geslachtskenmerken, kunnen aan een operatie onderworpen worden om hen te doen passen binnen een mannelijke of vrouwelijke categorie. Hoewel de RvE een oproep deed om niet-noodzakelijke genitale operaties bij intersekse kinderen zonder hun toestemming te verbieden², is dit bij de meeste lidstaten (nog) niet in nationale wetgeving geïmplementeerd. Meer zelfs, in 21 lidstaten van de Europese Unie (verder afgekort als 'EU') vonden deze operaties recent nog plaats, onder meer in België (FRA, 2018; Intersex Belgium & StopIGM.org, 2019). Ook in Nederland worden dergelijke ingrepen nog uitgevoerd (Van der Have, 2020).

Een veelvoorkomend geval bij de operaties is de verkleining van de clitoris van een kind, omdat deze buiten proportie beschouwd wordt. Dergelijke operaties worden ook wel 'genital-

¹ Convention of Istanbul on preventing and combating violence against women and domestic violence 2011, *Council of Europe Treaty Series*, no. 210, 11.V. 2011.

² Report (14404) Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (25 September 2017), *Doc. 14404* (2017).

² ~~Report (14404) Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (25 September 2017), *Doc. 14404* (2017).~~

“normalizing” surgery’ genoemd. Het gaat hier namelijk niet om operaties die medisch noodzakelijk zijn waarbij de gezondheid van een baby in gevaar is, maar om ingrepen die doelen op de ‘normalisering’ van het uitzicht van de genitaliën (ILGA-Europe & OII Europe, n.d.). Bij deze term kan men echter een kanttekening maken, want wat wordt gedefinieerd als ‘normaal’ en wie bepaalt dit? Een andere benaming, welke voornamelijk gehanteerd wordt door mensenrechtenorganisaties, is ‘intersex genital mutilation’ (Ghattas, 2019; Jones, 2017). Deze term zou wellicht insinueren dat de praktijk gelijkgesteld dient te worden met VGV en bijgevolg een gelijkaardige aanpak vereist. Dit onderzoek tracht hier dan ook dieper op in te gaan. Aangezien deze twee begrippen niet los lijken te staan van kritiek, wordt in deze masterproef geopteerd voor een neutralere benaming, met name ‘operaties bij intersekse kinderen’. Hiermee wordt verwezen naar de niet medisch noodzakelijke operaties bij intersekse kinderen, waarbij de persoon in kwestie geen geïnformeerde toestemming voor de ingreep gegeven heeft.

Verschillende (mensenrechten)organisaties, onder meer de World Health Organization (verder afgekort als ‘WHO’), de RvE³ en de Verenigde Naties (verder afgekort als ‘VN’), lijken dus kritiek te hebben op de operaties (GATE, 2017; OHCHR et al., 2014). Ook in België bestaan verenigingen die zich hiertegen verzetten, zoals Intersex Belgium en Intersekse Vlaanderen. De ingrepen zijn in ons land immers (nog) niet verboden bij wet. Kritiek op de operaties luidt dat bepaalde gevolgen en beweegredenen overeen lijken te komen met enkele gevolgen en beweegredenen van VGV (Ehrenreich & Barr, 2005; Fraser, 2016). Zo vormt de esthetische norm een belangrijk argument voor VGV én voor het uitvoeren van operaties bij intersekse kinderen. Ook het vermijden van stigmatisering in de samenleving wint aan belang voor beide praktijken. Daarnaast kunnen de ingrepen ernstige gevolgen teweegbrengen op psychologisch, seksueel, reproductief en medisch vlak.

Net als VGV, houden de operaties eveneens een schending in van het recht op eerbiediging van privé-, familie en gezinsleven.⁴ Bovendien wordt het verbod op foltering overtreden door de toepassing van beide praktijken.⁵ Aangezien de maatschappij na de geboorte om een registratie van het geslacht vraagt, en het kind bijgevolg verplicht een bepaald geslacht aan te

³ Resolution (2191) Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (12 October 2017), *Doc.* 2191 (2017).

⁴ Art. 8 EVRM

⁵ Art. 3 EVRM

nemen, geldt eveneens een inbreuk op het verbod op discriminatie.⁶ Dit laatste principe schendt men tevens bij VGV, om de reden dat meisjes verminkt worden simpelweg omdat ze meisjes zijn. In deze masterproef wordt dan ook een mensenrechtenperspectief gehanteerd als raamwerk.

Om deze mensenrechtenschendingen aan te kaarten, heeft het Kinderrechtencomité van de VN reeds een aanbeveling gericht aan België, waarin gevraagd wordt voor een expliciet verbod op operaties bij intersekse kinderen waarbij het kind zelf geen toestemming geeft.⁷ Bovendien hebben verschillende VN-verdragsorganen, waaronder het Comité voor economische, sociale en culturele rechten, het Comité tegen Foltering en het Mensenrechtencomité, de operaties erkend als schadelijk en denigrerend.⁸ De ingrepen zijn namelijk niet medisch noodzakelijk, onomkeerbaar, dragen mogelijks schadelijke gevolgen met zich mee en de autonomie van de persoon in kwestie wordt compleet genegeerd. Daarbij komt dat er geen legislatieve bescherming voor intersekse kinderen is om in te roepen (Intersex Belgium & StopIGM.org, 2019).

Het verschil in aanpak schuilt in de internationale media- en wetenschappelijke aandacht die VGV ontvangt als schending van mensenrechten, en het gebrek aan aandacht voor operaties bij intersekse kinderen. De zogenaamde ‘barbaarse’ praktijk van VGV is in de meeste landen verboden bij wet, waarbij voldoende op sensibilisering en preventie ingezet wordt (Ehrenreich & Barr, 2005). VGV mag in veel landen onder geen enkele voorwaarde uitgevoerd worden in een ziekenhuis, terwijl operaties bij intersekse kinderen hier wel eens durven plaatsvinden (Green, 2005). Een arts wordt met andere woorden niet vervolgd als hij/zij de genitaliën van een baby, die niet overeenstemmen met het prototype man/vrouw, aanpast, maar wel als hij/zij dit doet in een context van VGV. Hoewel de internationale belangstelling voor dergelijke operaties stilaan toeneemt, dient men te erkennen dat veel mensen nog niet eens weten wat het begrip ‘intersekse’ inhoudt. Er is duidelijk een verscheiden beleid van

⁶ Art. 14 EVRM; Art. 3 Convention on the Rights of the Child of 20 November 1989, *United Nations Treaty Series*, vol. 1577.

⁷ Concluding observations on the combined fifth and sixth reports of Belgium of the Committee on the Rights of the Child (1 February 2019).

⁸ Concluding observations on the seventh periodic report of the Netherlands of the Committee against Torture (18 December 2018); Concluding observations on the sixth periodic report of the Netherlands of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (6 July 2017); Concluding observations on the sixth periodic report of Belgium of the Human Rights Committee (6 December 2019)

toepassing op de twee praktijken, welke misschien nog niet eens zoveel van mekaar verschillen. Participeren wij dan aan een selectieve bestraffing van culturele praktijken?

1.2 Doelstelling

De bedoeling van dit masterproefonderzoek is in eerste instantie het fenomeen onder de maatschappelijke aandacht brengen en tevens de stigmatisering rond intersekse te doorbreken. Vervolgens zullen de beweegredenen van VGV en operaties bij intersekse kinderen blootgelegd worden. Deze oorzaken zijn namelijk nodig voor het vinden van geschikte oplossingen. Het onderzoeksdoel luidt als volgt: **het formuleren van aanbevelingen voor het beleid inzake operaties bij intersekse kinderen, door het in kaart brengen van percepties en normen van enkele stakeholders.**

Om dit doel te bereiken zullen de operaties in vergelijking gebracht worden met VGV, om vervolgens eventueel het beleid van deze twee fenomenen in België op mekaar af te stemmen. In dit onderzoek wordt bijgevolg gepeild naar attitudes, meningen en percepties ten aanzien van bepaalde (culturele) normen die heersen in de samenleving. Concreet draait het in deze masterproef om de populatie intersekse kinderen die anatomisch gezien niet volledig man of vrouw zijn en waarbij een operatie kan overwogen worden. Later wordt toegelicht wat deze anatomische verschillen dan exact kunnen inhouden en op welke manier een intersekse conditie zich nog kan uiten.

1.3 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt: **welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor het beleid van operaties bij intersekse kinderen in België, indien dit vergeleken wordt met (de aanpak van) VGV?**

Deelvragen hierbij zijn:

- Op welke aspecten komen de operaties overeen met VGV?
- Op welke aspecten verschillen de operaties met VGV?
- Op welke aspecten verschilt het Belgisch beleid van VGV met dat van operaties bij intersekse kinderen?

- Wat zijn de voor- en nadelen van een verbod van operaties bij intersekse personen zonder instemming van het kind in kwestie, net zoals er een verbod bestaat voor VGV?
- Wat zijn de randvoorwaarden voor een eventueel verbod?

De bevroegde stakeholders worden verder besproken in het deel over de methodologie.

1.4 Onderzoeksmethode

Voor het uitvoeren van deze masterproef werd initieel gekozen voor kwalitatieve diepte-interviews met enkele stakeholders die kennis en/of ervaring hadden omtrent dit onderwerp. De uitbraak van het covid-19-virus heeft echter voor enkele aanpassingen van de methode gezorgd. Geplande interviews konden nog steeds doorgaan, maar dienden online te verlopen. In totaal zijn een achttal respondenten bevroegd, waarvan drie via een *face-to-face* interview en vijf via een videochat. Hoewel het uitgevoerde onderzoek dus nog relatief dicht bij de originele onderzoeksopzet aanleunt, kan een overschakeling naar online interviewen toch wat beperkingen met zich meedragen. Een gedetailleerde beschrijving hierover is terug te vinden in het hoofdstuk ‘methodologie’.

1.5 Enkele inhoudelijke beperkingen

Naast operaties bij intersekse kinderen, bestaan nog gelijkaardige fenomenen die zo goed als genormaliseerd worden in onze samenleving. Terwijl VGV wereldwijd veroordeeld en onderzocht wordt, besteed men maar weinig wetenschappelijke en media-aandacht aan mannenbesnijdenissen (Kim et al., 2019). Circumcisies bij mannen of jongetjes worden als minder problematisch beschouwd dan VGV. Hoewel bepaalde beweegredenen en gevolgen van VGV en mannenbesnijdenissen uiteenlopen, blijft een circumcisie zonder toestemming van het individu nog steeds een schending van de fysieke integriteit.

Daarenboven is nog maar weinig onderzoek verricht naar de mogelijke gevolgen van mannenbesnijdenissen. Toch tonen enkele onderzoeksresultaten aan dat wel degelijk complicaties kunnen ontstaan, zoals zwellingen, infecties, urologische problemen, verminderd seksueel gevoel... (Kim et al., 2019; Huys, 2019). Bovendien blijken heel wat overbodige besnijdenissen uitgevoerd te worden bij jongetjes, om zogenaamde medische redenen.

Bepaalde afwijkingen of problemen kan men namelijk vaak op een minder ernstige manier oplossen, bijvoorbeeld met een zalfje. Een besnijdenis is meestal dan ook helemaal niet noodzakelijk (Huys, 2019; KNMG, 2010).

Door sociale druk en heersende schoonheidsidealen in de maatschappij rijst tevens de vraag naar genitale cosmetische ingrepen (bij niet-intersekse personen). Hierbij worden bijvoorbeeld de schaamlippen of de vaginaopening verkleind. Esthetische waarden liggen dus aan de basis van VGV én van genitale cosmetische operaties (GAMS, 2016a). Maar waar ligt dan de grens tussen VGV en een cosmetische ingreep? Bepaalde schadelijke gevolgen kunnen eveneens optreden na zo'n operatie, welke ook voorkomen na het ondergaan van VGV (GAMS, 2016a). Complicaties zoals infecties, zwellingen en pijn tijdens seksuele betrekkingen zijn niet vreemd na zulke ingreep. Daarnaast zijn nog geen studies gedaan naar de langetermijneffecten van deze operatie (Wood, 2018). Bovendien valt een genitale cosmetische ingreep onder de definitie die de WHO aan VGV toebedeelt (GAMS, 2016a). Wie kan dan bestraft worden als dader van VGV en wanneer wordt dergelijke ingreep getolereerd?

Elk van deze praktijken bezitten echter specifieke beweegredenen en gevolgen, en vereisen daarom een apart onderzoek. Toch zijn het gedragingen die, net als operaties bij intersekse kinderen, een kritische reflectie vragen.

Andere (methodologische) beperkingen van het onderzoek worden besproken in het deel 'methodologie'.

1.6 Hoofdlijnen

Vooraleer een verdiepende analyse kan gedaan worden, is het cruciaal om in het kader van een literatuurstudie een beschrijving te geven van wat operaties bij intersekse kinderen nu precies inhouden. Vervolgens worden enkele prevalentiecijfers en het Belgisch beleid omtrent intersekse personen aangehaald. Hierna volgt een eerste vergelijking van (de aanpak van) VGV en operaties bij intersekse kinderen. Verder wordt de methodologische kant van dit onderzoek besproken, waarna de bevindingen van het effectieve onderzoek volgen. Ten slotte volgt een besluit waarin een antwoord op de centrale onderzoeksvraag geformuleerd wordt.

2. Vrouwelijke genitale verminking

Vrouwelijke genitale verminking wordt door de WHO (2008) gedefinieerd als “*elke ingreep die leidt tot een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de externe geslachtsorganen van de vrouw of elke andere verwonding van de vrouwelijke geslachtsorganen toegebracht om niet-medische redenen.*” (WHO, 2008, p. 4)

Volgens de WHO (2008) kan VGV eveneens ingedeeld worden in vier verschillende vormen. Ten eerste kan er sprake zijn van clitoridectomie, wat inhoudt dat de clitoris en/of de voorhuid van de clitoris gedeeltelijk of volledig verwijderd wordt. Een ander type is het gedeeltelijk of volledig wegnemen van de clitoris en de binnenste schaamlippen, en eventueel de verwijdering van de buitenste schaamlippen, beter bekend als excisie. Verder bestaat de vorm infibulatie, of het snijden in en dichtnaaien van de (buitenste en/of binnenste) schaamlippen, al dan niet gepaard met het wegnemen van de clitoris. De bedoeling hiervan is om de ingang van de vagina te vernauwen. Ten slotte is er nog een laatste vorm, welke alle andere schadelijke ingrepen met betrekking tot de vrouwelijke genitaliën om niet-medische redenen omvat, bijvoorbeeld piercen en uitbranden (WHO, 2008).

VGV maakt bovendien deel uit van de bredere omschrijving van gendergerelateerd geweld (EIGE, 2018). Dit soort geweld wordt gepleegd op basis van iemands geslacht en is bijgevolg discriminerend (EIGE, 2013a). De culturele, sociale en psychologische karakteristieken die samenhangen met mannelijkheid of vrouwelijkheid, welke aan iedereen sociaal aangeleerd worden, resulteren in bepaalde rolpatronen en –verwachtingen die toegeschreven worden aan mannen of vrouwen. Deze sociale constructies liggen dan ook aan de oorzaak van gendergerelateerd geweld (Lindsey, 2015). In de context van VGV draait dit om de ondergeschikte positie die een vrouw verwacht wordt in te nemen, waarbij ze gehoorzaamheid dient te tonen tegenover haar man. Ter preventie van eventuele onkuisheid wordt deze praktijk onder meer uitgevoerd (Dubourg & Richard, 2018).

Soms wordt de praktijk echter gemedicaliseerd en voert een arts de besnijdenis uit in een ziekenhuis, zoals in Egypte (Leye & Temmerman, 2010). Hoewel VGV wettelijk verboden is in Egypte, is 87,2% procent van de vrouwen er besneden en wordt dit verbod dus niet opgevolgd (Dubourg & Richard, 2018). Deze toenemende trend van medicalisering is een *harm reduction* strategie om het risico op infecties en andere schadelijke gevolgen zoveel

mogelijk te beperken. Toch blijft dergelijke ingreep de fysieke integriteit schenden en treden meestal nog steeds negatieve gevolgen voor het slachtoffer op, bijvoorbeeld op psychologisch of seksueel vlak (Leye & Temmerman, 2010). Bovendien laat de medicalisering de praktijk ook gewoon verder bestaan, en kaart het niet de onderliggende genderongelijkheid aan (Leye & Temmerman, 2010).

Samenvattend worden jonge meisjes besneden om talrijke socioculturele, –economische, hygiënische, esthetische, zogenaamde religieuze, gendergebonden en antropologische redenen. Gevolgen van deze pijnlijke gebeurtenis situeren zich op psychologisch, medisch, reproductief en seksueel vlak. Net als vele andere landen bezit België in deze materie een omvattend beleid met aandacht voor wetgeving, preventie en slachtofferhulp. Voor een diepere uiteenzetting van de beweegredenen, gevolgen, prevalentie en beleid in België van VGV verwijs ik naar mijn bachelorproef (Ackx, 2019).

3. Operaties bij intersekse personen

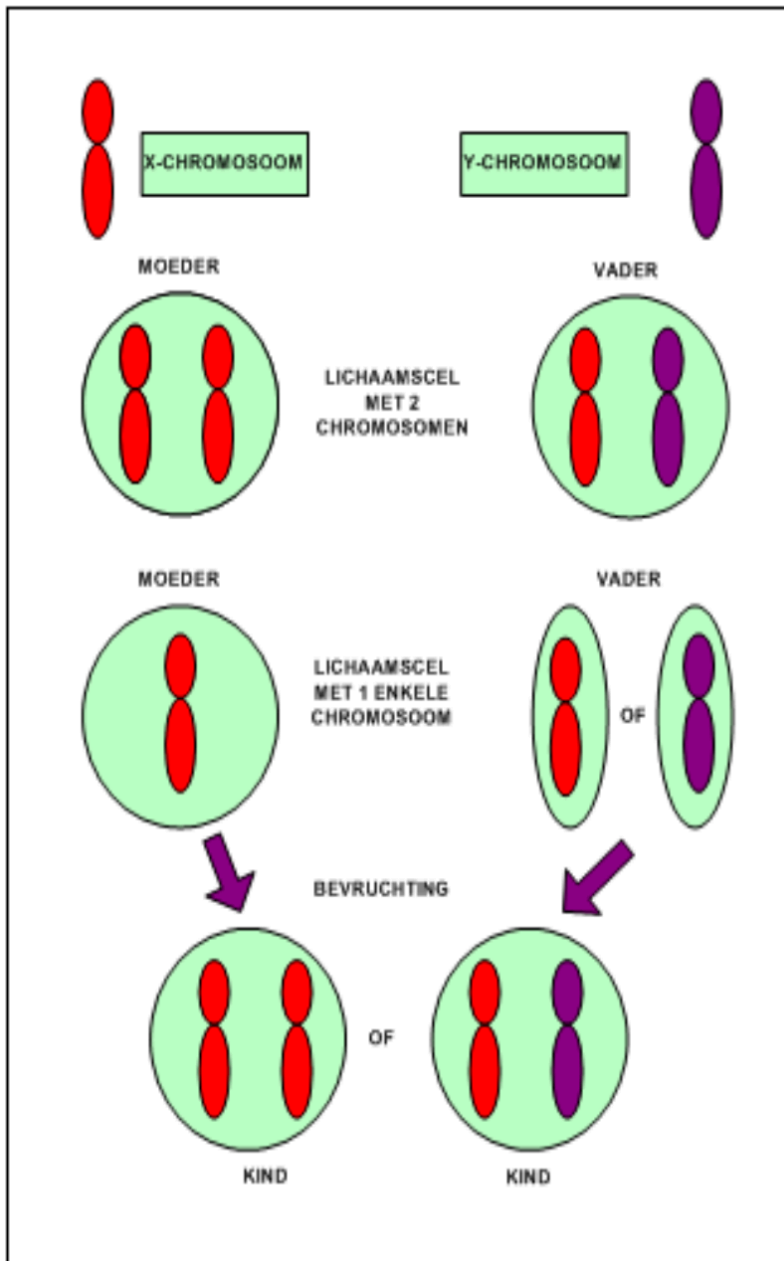
3.1 Wat is intersekse?

De VN definieert intersekse als volgt:

“Intersex people are born with sex characteristics (including genitals, gonads and chromosome patterns) that do not fit typical binary notions of male or female bodies.”

(OHCHR, n.d., pp. 1)

Intersekse personen worden dus geboren met hormonale variaties, anatomische afwijkingen of verschillen in chromosomen en gonaden/geslachtsklieren (FRA, 2018; Callens, Longman & Motmans, 2017). Verschillen in chromosomen kunnen zich uiten in de afwijkende combinaties die de geslachtschromosomen X en Y kunnen aannemen (Callens, Longman & Motmans, 2017). Meestal bezit een meisje twee X-chromosomen en bezit een jongetje een X- en een Y-chromosoom (NNID, 2017). In de figuur hieronder wordt duidelijk gemaakt hoe het chromosomale geslacht tot stand komt (UZ Gent, n.d. c). Een intersekse persoon kan dan bijvoorbeeld geboren worden met een paar XXY, XY, XX of een andere combinatie (Callens, Longman & Motmans, 2017).



Figuur 1. Het chromosomale geslacht. Overgenomen uit *de geslachtsontwikkeling, zoals het meestal gaat...* van UZ Gent, n.d. (<https://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20patienteninformatiefolders/dsd-team-geslachtsontwikkeling.pdf>)

In de meeste gevallen wordt iemand daarnaast geboren met eierstokken of teelballen als geslachtsklieren/gonaden. Deze produceren elk verscheidene hormonen (UZ Gent, n.d. c). Intersekse personen kunnen geboren worden met beide gonaden, of één van de twee die niet correspondeert met het uitwendig geslacht of met het chromosomale geslacht (ILGA-Europe & OII Europe, n.d.; UZ Gent, n.d. c). Anatomische afwijkingen duiden bovendien op de uitwendige reproductieve organen (Callens, Longman & Motmans, 2017). Dit kan inhouden

dat een baby'tje geboren wordt met een lichaamsdeel dat groter lijkt dan een clitoris, maar kleiner dan een penis. In dit geval wordt dus de vraag gesteld naar een operatie (Fraser, 2016).

In totaal bestaan er zo'n 40-tal verscheidene vormen van intersekse (Callens, Longman & Motmans, 2017). Androgenitaal syndroom of congenitale bijnierschors-hyperplasie is bijvoorbeeld een veelvoorkomende vorm van intersekse. Dit is een erfelijke aandoening van de bijniereen waarbij de hormonenproductie verstoord is. Vaak is hierbij een atypisch aanzien van de genitaliën van toepassing waarbij een meisje er iets mannelijker uitziet, zoals aangehaald in de vorige alinea (Dsdfamilies, 2019; UZ Gent, 2018).

Deze verschillen die intersekse personen kunnen meedragen, kunnen reeds zichtbaar zijn bij de geboorte. Daarentegen kunnen ze ook pas tot uiting komen in de puberteit, bij de vorming van de secundaire geslachtskenmerken (OHCHR, n.d.). Bij bepaalde individuen kan dit zelfs reeds merkbaar zijn voor de geboorte (FRA, 2018), terwijl een ander deel van de intersekse populatie zelfs nooit kan ontdekken dat hij/zij dergelijke conditie bezit (Ghattas, 2015). Belangrijk om te vermelden is dat dus maar een deel van alle intersekse personen anatomische verschillen heeft bij de geboorte. Het zijn dan ook enkel deze die in aanmerking komen voor een eventuele genitale operatie als baby. Deze masterproef spitst met andere woorden toe op die bepaalde groep.

Een benaming voor intersekse die men hanteert in het medische discours luidt 'differences/disorders of sex development' (verder afgekort als 'DSD'). Callens, Longman en Motmans omschrijven dit fenomeen als: "*DSD/intersekse condities omvatten een groep aangeboren medisch-biologische condities met verschillende etiologie, resulterend in een atypische ontwikkeling van inwendig en/of uitwendig geslacht*" (Callens, Longman & Motmans, 2017, pp. 4). Hoewel deze term tot stand kwam na bezwaren op het vorige begrip, staat deze ook niet los van kritiek. Een individu wordt hierbij namelijk nogal snel gecategoriseerd als 'medisch probleem' of naar het hebben van een 'stoornis', wat erop wijst dat deze medisch behandelbaar is (FRA, 2018; Ghattas, 2015).

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek werd ter inleiding van de interviews dan ook telkens gevraagd welke term de respondenten zelf verkozen. Daarbij werd duidelijk dat meningen enorm verdeeld zijn als op taalgebruik aankomt en dit bleek dan ook een gevoelig *issue* te zijn. De keuze van de term 'intersekse', welke gehanteerd wordt doorheen deze masterproef,

is gebaseerd op verkennend literatuuronderzoek. Hierbij leek ‘DSD’ voornamelijk in het medisch discours gebruikt te worden, terwijl ‘intersekse’ geprefereerd leek te zijn in het maatschappelijk debat. Aangezien deze masterproef vanuit een mensenrechtenperspectief bekeken wordt, heb ik gekozen voor de laatste term. Bij het bevragen van de respondenten bleek deze opdeling grotendeels correct, hoewel de grenzen hier niet zo statisch waren. Ook sommige gezondheidswerkers erkenden dat het begrip ‘DSD’ pathologiserend kan aanvoelen. Aan de andere kant bevestigden enkele ervaringsdeskundigen en onderzoekers dat ‘intersekse’ eveneens een stigma in de hand kan werken. In bijlage 1 zijn enkele citaten van respondenten terug te vinden over het belang van de taalkeuze.

3.2 Beweegredenen voor operaties bij intersekse kinderen

Voor de groep intersekse kinderen waarbij anatomische verschillen merkbaar zijn, wordt soms voorgesteld om dit met een operatie te ‘corrigeren’ (Cannoot, 2017; ILGA-Europe & OII Europe, n.d.). Doorheen de tijd sleepte tussen wetenschappers immers de discussie aan rond het *nature-nurture-debat*. Baanbrekend in deze discussie was John Money’s ‘Optimal gender of rearing’ theorie die de totstandkoming van de genderidentiteit⁹ volledig verklaarde door de opvoeding en het socialisatieproces van het kind (Callens, Longman & Motmans, 2017; Creighton & Minto, 2001).

Later werd deze theorie echter ontkracht, want het kwam regelmatig voor dat de genderidentiteit bij intersekse personen niet bleek te corresponderen met het na de geboorte toegewezen geslacht (Motmans & Longman, 2017). De (prenatale) invloed van hormonen, meer specifiek van androgenen, op de hersenen en op het gedrag bleek namelijk niet te onderschatten (Hines, Brook & Conway, 2004). Deze vaststelling creëerde kritische bedenkingen bij de operaties, waardoor we vandaag geen eenzijdige *nature-* of *nurture-*visie meer hanteren.

⁹ De genderidentiteit van een persoon houdt diens innerlijke beleving van mannelijkheid of vrouwelijkheid in (Dessens & Cohen-Kettenis, 2008).

3.2.1 Vermijden discriminatie en stigmatisering

De operaties lijken gerechtvaardigd te worden door het argument dat het kind in kwestie gediscrimineerd en gepest zal worden. De schrik voor stigmatisering is een doorslaggevende factor bij vele ouders en artsen (Cannoot, 2017). Indien het kind geen geslacht krijgt toegewezen, wordt het in principe gediscrimineerd in vele instituties, zoals onderwijs, gezondheidsinstellingen, sport et cetera. De verplichte overheidsregistratie na de geboorte legt dan ook extra druk op dit criterium (Cannoot, 2017). Een studie van Callens, Longman en Motmans richtte zich op ouders van intersekse geboren baby's die een operatie ondergaan hebben. Hieruit bleek dat de ouders in kwestie dachten het juiste te doen, artsen genoten namelijk veel vertrouwen en ze wilden vooral hun kind beschermen tegen discriminatie en mogelijke emotionele gevolgen (Callens, Longman & Motmans, 2017). Een plausibele denkpiste is echter dat we als maatschappij tegen de stereotiepe man-vrouwindeling dienen in te gaan, in plaats van ze te bevestigen (OHCHR, n.d.).

3.2.2 Esthetisch-normatief

Een ander argument dat het uitvoeren van de operaties ondersteunt, is dat het kind esthetisch aan de normen van de maatschappij dient te voldoen (FRA, 2018; Wiesemann, 2010). Vele kinderen, waarbij net na de geboorte de genitaliën gereconstrueerd zijn naar een vagina, moeten op latere momenten in hun leven meerdere operaties ondergaan om dit er cosmetisch 'goed' uit te laten zien (Ehrenreich & Barr, 2005).

3.2.3 Gezondheidsbevorderend

Artsen duiden op het belang van een gezonde ontwikkeling van het kind in zijn/haar leven. Dit argument doet natuurlijk meteen vermoeden dat het kind aan psychologische problemen zou lijden indien het geen operatie ondergaat (Cannoot, 2017). Andere voordelen van een operatie houden in dat het urineweginfecties zou vermijden (UZ Gent, n.d. b) en urologische problemen in de toekomst zou verhelpen (Callens, Longman & Motmans, 2017). Bovendien zou de operatie het risico op kanker verlagen, waar men als intersekse geboren persoon meer kans op zou hebben (OHCHR et al., 2014). Vaak wordt als argument aangehaald dat het niet opereren zou leiden tot gezondheidsrisico's, terwijl dit steunt op zwak bewijsmateriaal waarbij niet alle mogelijke alternatieven afgewogen zijn (OHCHR, n.d.; WHO, 2015).

Opgroeien met genitaliën met een atypisch uitzicht zou namelijk geen concrete gevaren inhouden voor de gezondheid (Sullivan, 2007).

3.3 Mogelijke gevolgen van de operaties

3.3.1 Psychologisch

Een kindje dat een operatie ondergaan heeft, kan op termijn worstelen met trauma's, depressies en pijn. In bepaalde gevallen kan dit leiden tot zelfverminking en in het ergste geval zelfs tot zelfmoord (Cannoot, 2017; OHCHR, n.d.). De trauma's kunnen tevens de consequentie zijn van meerdere operaties die hebben moeten plaatsvinden doorheen de kindertijd. Hoewel de operaties doelen op het vermijden van discriminatie, voelen de kinderen in kwestie zich toch vaak gediscrimineerd, aangezien over het begrip 'intersekse' een enorm taboe heerst. Indien ze hiermee naar buiten zouden komen, ervaren ze mogelijk stigmatisering (Ehrenreich & Barr, 2005). Daarom beleven ze regelmatig gevoelens van eenzaamheid en schaamte (FRA, 2018; Verhagen, 2020; Wiesemann, 2010), en hebben ze vaak te kampen met een laag zelfbeeld en zelfvertrouwen (Callens, Longman & Motmans, 2017). Daarnaast kunnen schuldgevoelens over het niet 'af' te zijn als persoon of gevoelens van woede en onmacht soms de bovenhand nemen (Verhagen, 2020).

Een ander gevolg op psychologisch vlak is dat sommigen opgroeien in het lichaam van een vrouw, terwijl ze zich vanbinnen meer een man voelen en omgekeerd (Ehrenreich & Barr, 2005; Wiesemann, 2010). Hierbij komt de genderidentiteit niet overeen met het verkregen geslacht na de operatie (Callens, Longman & Motmans, 2017; Ghattas, 2015). Over het algemeen groeit zo'n 8% van de intersekse personen namelijk op in een lichaam waarmee de genderidentiteit niet correspondeert, wat een argument lijkt om deze onomkeerbare operaties uit te stellen (Briffa, 2004). Ander onderzoek stelt vast dat 10% van de intersekse personen een geslachtsverandering ondergaat op latere leeftijd (Kreukels et al., 2018). In onderstaande tabel (onder de kolom 'gender dysphoria and change') zijn percentages te vinden van het deel personen met een bepaalde intersekse conditie dat aangaf een andere genderidentiteit te bezitten dan hun na de geboorte werd toegewezen. Hierbij moet evenwel de opmerking worden gemaakt dat dit niet onderzocht is voor alle intersekse variaties, waardoor dit maar van acht intersekse condities te lezen is in de tabel. Uit deze tabel wordt vervolgens duidelijk dat dergelijke percentages verschillen per intersekse variatie.

Tabel 1

Gender assignment in 46, XX and 46, XY Disorders of Sex Development

Syndrome (karyotype)	Prenatal T exposure	Assigned Gender	Gender Identity	Gender role behavior	Gender dysphoria and change	References
CAH (46,XX)	Y	Mostly F	F	Masculine	5% F → M	[7, 48, 114-119]
CAIS (46,XY)	N	F	F	Feminine	0% ^a	[113, 120-123]
PAIS (46,XY)	Y	Mostly F	As reared	Masculine	9.1% 5% F → M 4% M → F	[113, 120, 124, 125]
5 α RD-2 (46,XY)	Y	Both	M	Masculine	56–63% F → M	[126]
17 β HSD-3 (46,XY)	N	Mostly F	M	Masculine	39–64% F → M	[126]
Complete GD (46,XY)	N	Female	F	Feminine	0%	[17, 127]
Partial GD (mostly 46,XY)	Y	Both	As reared	Masculine	0% ^b M → F	[56, 128]
Micropenis (46,XY)	Y	Both	As reared	As reared	0% ^b M → F 0% ^c F → M	[120, 129]

Overgenomen uit *The past, the present, the future : genital treatment practices in disorders of sex development under scrutiny* (PhD Thesis)(pp. 52) door N. Callens, 2014, Universiteit Gent: Gent.

3.3.2 Medisch

Na de operaties kunnen problemen optreden met het urineren (Ehrenreich & Barr 2005). Ook kan het kind last krijgen van infecties en kan het pijn aan de genitaliën ervaren (Ghattas, 2019). Daarnaast kunnen littekens nablijven als gevolg van de operatie(s) (Sullivan, 2007).

Een ander gevolg kan zijn dat personen, die dergelijke operaties ondergaan hebben, gezondheidsinstellingen in de toekomst mijden door traumatische ervaringen in het verleden. Resultaten van studies uitgevoerd door International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association Europe (verder afgekort als ‘ILGA-Europe’) en Organisation Intersex Europe (verder afgekort als ‘OII Europe’) tonen namelijk aan dat intersekse personen

regelmatig rapporteren ongewenste en gedwongen onderzoeken ondergaan te hebben (Ghattas, 2015), bijvoorbeeld regelmatige fotosessies bij dokterbezoeken (Verhagen, 2020).

3.3.3 Reproductief en seksueel

Operaties bij intersekse kinderen kunnen mogelijk leiden tot onvruchtbaarheid (OHCHR et al., 2014). Bovendien zijn vaak een aantal zenuwen geraakt, wat een verminderd seksueel gevoel teweeg kan brengen (OHCHR, n.d.). Verder kan een persoon hierdoor pijn krijgen tijdens seksuele betrekkingen en kan de mogelijkheid tot het verkrijgen van een orgasme verminderd worden (Jones, 2017; Minto et al., 2003). Ook angst voor seksualiteit kan optreden (Intersex Belgium & StopIGM.org, 2019). Vrouwen of meisjes geboren met het compleet androgeen ongevoeligheidssyndroom bijvoorbeeld, waarbij het geslachtsorgaan mogelijk een atypisch vrouwelijk uiterlijk heeft, krijgen soms correcties toegediend om de genitaliën er vrouwelijker te laten uitzien. Deze correcties kunnen tot gevolg hebben dat penetratie moeilijk en pijnlijk ervaren wordt. Vooral na herhaalde reconstructies worden meer seksuele problemen gerapporteerd (Dessens & Van Hoorde, 2017).

3.4 Prevalentie

Tot op heden bestaan geen officiële cijfers over intersekse variaties. Op wereldwijd vlak lijkt dit te gaan over zo'n 1,7% van de bevolking (OHCHR, n.d.). Dit is wellicht een schatting, omdat intersekse niet altijd (fysiek) waarneembaar is bij de geboorte (IDEM, n.d.). Bovendien zijn geen betrouwbare statistieken beschikbaar die aantonen hoeveel intersekse baby'tjes per jaar geboren worden en hoeveel operaties bijgevolg plaatsvinden (Intersex Belgium & StopIGM.org, 2019). Zoals reeds aangehaald, hebben niet alle intersekse personen anatomische verschillen en komen zij dus niet allemaal in aanmerking voor een operatie van de genitaliën.

Hoewel intersekse wel degelijk voorkomt, heerst een enorm stigma op intersekse personen. In tegenstelling tot de maatschappelijke groeiende acceptatie voor homo-, biseksuelen en transgenders, heeft intersekse deze evolutie (nog) niet doorgemaakt (Jones, 2017).

3.5 Belgisch beleid

3.5.1 Omtrent intersekse kinderen

In het Universitair Ziekenhuis Gent (verder afgekort als ‘UZ Gent’) is een gespecialiseerd DSD-centrum met een multidisciplinair zorgaanbod uitgebouwd. Die zorg bestaat uit endocrinologen, urologen, gynaecologen, psychologen en eventueel nog verpleegkundigen, genetici, neonatalogen en laboranten (UZ Gent, n.d. a). De ouders van het kind in kwestie krijgen uitleg omtrent intersekse condities, gevolgd door een advies om het kindje een opvoeding te bieden als jongen of meisje (Dessens & Van Hoorde, 2017). Dit laatste kan natuurlijk een discussie op gang brengen over het verschil in de opvoeding van een kind naargelang het geslacht. Van overheidswege zou men hier op kunnen ingrijpen door een genderneutrale opvoeding van alle kinderen te stimuleren.

Momenteel zouden genitale operaties dus niet meer standaardmatig kort na de geboorte uitgevoerd worden en zouden kinderen betrokken worden in het beslissingsproces. Deze wijziging zou er gekomen zijn na internationale richtlijnen die adviseren om te wachten tot het kind hier zelf over kan beslissen (UZ Gent, n.d. b). Hoewel de richtlijnen in ziekenhuizen veranderd zijn, wijst een rapport van niet-gouvernementele organisaties aan dat dergelijke operaties wel degelijk nog plaatsvinden in België (Intersex Belgium & StopIGM.org, 2019). Bovendien wordt de praktijk tot op heden niet bestraft, waardoor ze in theorie dus nog steeds uitgevoerd kan worden. Wat bijvoorbeeld als de ouders van het kind hier meteen na de geboorte sterk op aandringen? En wordt iedere intersekse geboren baby in België systematisch doorgestuurd naar een DSD-centrum?

De tweezijdige indeling van het rechtssysteem duwt de samenleving dan ook in de richting van normalisering van de operaties (Cannoot, 2017; Motmans & Longman, 2017). In de meeste omstandigheden wordt de geboorte van een kind binnen de 15 dagen aangegeven aan de ambtenaar van burgerlijke stand¹⁰, waarbij deze melding maakt van het geslacht.¹¹ Indien het geslacht echter ambigue is, kan die termijn tot drie maanden na de geboorte uitgesteld worden.¹² Als de persoon in kwestie dit later wenst te veranderen, kan hij/zij hier wel een verzoek voor indienen (GAMS, 2016a).

¹⁰ Art. 43, §1 B.W.

¹¹ Art. 44, 1° B.W.

¹² Art. 48 B.W.

De laatste jaren ontvangen intersekse personen wel meer internationale aandacht (Cannoot, 2017), maar tot op vandaag bestaat in België geen verbod op de operaties bij pasgeboren baby'tjes (UZ Gent, n.d. b). Dit jaar lanceert minister Nathalie Muylle echter een sensibiliseringscampagne rond intersekse, wat eventueel vooraf kan gaan aan een wetgevend kader. De gedachtegang die hier gevolgd wordt, is dat eerst een maatschappelijk draagvlak nodig is vooraleer wetgevende maatregelen komen, want momenteel heeft het grootste deel van de bevolking geen weet van intersekse personen (Huyghebaert, 2020). Een brochure over intersekse variaties zal onder andere op de materniteit ter beschikking liggen voor jonge ouders (Muylle, 2020). In tegenstelling tot België, heeft Malta als enigste Europees land reeds een verbod opgelegd op niet medisch noodzakelijke operaties bij minderjarige kinderen (Cannoot, 2017; Ghattas, 2019).

3.5.2 Omtrent de binariteit in het rechtstelsel

Met het bestaan van intersekse kinderen gaat de vraag naar een verandering van ons binair rechtstelsel gepaard. Zo werden, onder meer door het Grondwettelijk Hof, enkele pistes voorgesteld om de huidige wetgeving te veranderen, zoals een derde optie 'X' invoeren bij de geslachtsregistratie (Cannoot, 2020). In Duitsland bijvoorbeeld, is het een optie om een kindje in het register in te schrijven als 'on- of tussengeslachtelijk' (Dessens & Van Hoorde, 2017).

Hoewel intersekse kinderen dan niet meer 'gedwongen' worden in een mannelijk of vrouwelijk plaatje, kan een optie 'X' ook tot stigmatisering en discriminatie leiden. Indien deze optie bijvoorbeeld enkel mogelijk is voor intersekse kinderen, plakt dit opnieuw een label op hen, wat hen op die manier weer onderscheidt van de rest van de samenleving. De druk op ouders om kort na de geboorte toch tot een operatie over te gaan zou zo zelfs eventueel verhoogd kunnen worden (Ghattas, 2015). Malta biedt ouders dan weer de mogelijkheid om tot 16 jaar na de geboorte te wachten om de sekse van een kindje te registreren (Dessens & Van Hoorde, 2017).

Daarnaast raadde de RvE eerder aan om de geslachtsregistratie bij de geboorte en op andere identiteitsdocumenten optioneel te maken, in plaats van een verplichting.¹³ Nog een stap

¹³ Resolution (2191) Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (12 October 2017), *Doc.* 2191 (2017).

verder is de doorbreking van de binaire indeling in onze maatschappij. Deze trend lijkt reeds zichtbaar te zijn in rechtspraak van Europese rechtscolleges (Cannoot, 2019). Op die manier kan men eveneens tegemoet komen aan enkele praktische dilemma's, bijvoorbeeld in de sportcontext. Ter illustratie werd atlete Caster Semenya geboren met een te hoog testosterongehalte. Ze werd uitgeschakeld uit de vrouwencompetitie indien ze geen medicijnen zou nemen om haar testosteronspiegel te laten dalen. Hoewel dit een aangeboren conditie is en ze verder een perfecte gezondheid heeft, moet haar lichaam gemodificeerd worden om binnen het binaire normenplaatje te passen (Minten, 2019). Vanuit moreel oogpunt lijkt dit alleszins niet rechtvaardig.

4. Een eerste vergelijking van vrouwelijke genitale verminking en operaties bij intersekse kinderen

In een vergelijking VGV en operaties bij intersekse kinderen wint voornamelijk het esthetisch argument aan belang, meer specifiek de nood om zich aan te passen aan een cultureel geconstrueerde norm. 'Normaal' is namelijk niet overal ter wereld hetzelfde. Waar het in bepaalde gemeenschappen normaal is om een clitoris weg te snijden, is het in de westerse samenleving normaal om tot het mannelijk of vrouwelijk geslacht te behoren, niet tot een combinatie van beide (Sullivan, 2007). Ook de focus in het Westen op het idealiseren van het lichaam naar mannelijke of vrouwelijke stereotypen past in deze bedenking. Door de opkomst van de plastische chirurgie groeit de norm om het lichaam te corrigeren indien dit niet correspondeert met het ideaalbeeld, bijvoorbeeld door borstvergrotingen, botox et cetera (Jones, 2017).

VGV en operaties bij intersekse kinderen worden met andere woorden uitgevoerd om culturele redenen en zijn dus allebei een cultureel product. Het ene wordt echter beschouwd als folterpraktijk, terwijl het andere door sommigen geacht wordt een 'medische oplossing' te zijn. Deze laatste lijkt dan meteen los van cultuur te bestaan, wat natuurlijk een misvatting is aangezien normen en waarden op zich al culturele producten zijn (Ehrenreich & Barr, 2005). Het VN-Kinderrechtencomité erkent beide ingrepen als schadelijke praktijken¹⁴, de vraag is dus waarom ons Strafwetboek hieraan voorbijgaat.

¹⁴ Concluding observations on the combined fifth and sixth reports of Belgium of the Committee on the Rights of the Child (1 February 2019).

Een andere kwestie die VGV en operaties bij intersekse kinderen gemeenschappelijk hebben, is de positie van de ouders. Hoewel beide ouders hun kind pogen te beschermen tegen maatschappelijke uitsluiting, worden ouders die hun dochtertje laten besnijden door de maatschappij als onmenselijke wezens gezien. De criminalisering van VGV draagt uiteraard met zich mee dat ‘daders’ van dit misdrijf door de samenleving als ‘slecht’ beschouwd worden, ook al hebben de ouders in feite geen kwade bedoelingen. Doordat operaties bij intersekse kinderen niet in de strafwet vermeld staan, ontstaat mogelijks een ander maatschappelijk beeld over ouders die instemmen met dergelijke operatie bij hun baby.

Anderzijds is een verschil te merken in benadering door mensenrechtenorganisaties wanneer het aankomt op het geven van toestemming door het ‘slachtoffer’ of de persoon die de ingreep ondergaat. VGV wordt als absoluut ontoelaatbaar gezien, terwijl cosmetische operaties bij intersekse personen getolereerd worden indien de persoon in kwestie hier zelf zijn/haar geïnformeerde toestemming voor geeft.¹⁵ Dit zou al een eerste argument vormen tegen de gelijkaardige aanpak van beide fenomenen.

Kortom, door de taboeïsering van intersekse, de selectieve bestraffing van bepaalde praktijken en het maatschappelijk geconstrueerd beeld van VGV en operaties bij intersekse kinderen volgt een stigmatisering van bepaalde culturele groepen. Cruciaal lijkt het dus om een breder zicht te hanteren dan enkel te focussen op VGV, aangezien iedere cultuur beperkingen voorschrijft aan de lichaamsstandaard (Green, 2005).

5. Methodologie

5.1 Vooraf

Om meer vertrouwd te geraken met het onderwerp is allereerst een literatuurstudie uitgevoerd, welke tijdens het uitvoeren van het onderzoek meermaals is bijgewerkt met nieuwe publicaties. Daarnaast is een colloquium bijgewoond over intersekse personen.

¹⁵ UN Human Rights Office. (n.d.). *Background Note on Human Rights Violations against Intersex People*.

5.2 Keuze onderzoeksstrategie

Dit onderzoek kadert in een emancipatorisch paradigma (Mortelmans, 2017), want het wil aanzetten tot actie om de rechten van intersekse personen te verbeteren en om de stigmatisering rond intersekse weg te werken. Daarom werd dan ook gekozen voor een vergelijkende casestudy als onderzoeksstrategie. Deze keuze is te verantwoorden door het klein aantal onderzoekseenheden (Zainal, 2007), aangezien maar een gebrekkig aantal operaties bij intersekse kinderen uitgevoerd worden. Daarnaast is er sprake van een onderwerp dat nogal in een taboesfeer leeft, waarbij een bepaalde vertrouwensband tussen onderzoeker en respondent vereist is. Kwalitatief onderzoek heeft voor de onderzoeker dan ook een minder afstandelijke rol voorbehouden dan kwantitatief onderzoek (Staring & van Swaaningen, 2017). Ook diepgaande inzichten in de problematiek worden geprefereerd boven een groot aantal perspectieven met een gebrek aan diepgang (Zainal, 2007).

Als nadeel van een casestudy dient echter vermeld te worden dat deze nogal moeilijk generaliseerbaar is naar een populatie (Tellis, 1997). Hier worden de meningen, attitudes en percepties van enkele artsen, psychologen, ervaringsdeskundigen en onderzoekers bevraagd, maar dit is absoluut geen representatief beeld van ‘dé visie van iedereen’.

5.3 Originele onderzoeksmethode en steekproeftrekking

De onderzoeksmethode van deze masterproef bestaat uit kwalitatieve semi-gestructureerde diepte-interviews met stakeholders die baat hebben bij de uitwerking van een concreet beleid inzake operaties bij intersekse kinderen. Door de uitbraak van het covid-19-virus is echter iets afgeweken van de originele onderzoeksopzet, omwille van veiligheidsredenen, waarover later meer. In totaliteit zijn acht interviews afgenomen. Bevraagde stakeholders waren twee ervaringsdeskundigen, een uroloog, een medisch psycholoog, een endocrinoloog, een onderzoekster inzake VGV, een onderzoeker inzake mensenrechten en een vertegenwoordiger van een mensenrechtenorganisatie in Nederland. Deze laatste respondent is tevens zelf intersekse geboren. De respondentenkring bestond uit vijf vrouwen en drie mannen. De interviews duurden daarnaast zo'n 30 minuten tot drie uur. Verder werd deze casestudy op een iteratieve wijze uitgevoerd (Hardyns, 2019). Aangezien de interviews zich in een tijdsspanne van een zevental weken bevonden, werden interviewvragen regelmatig aangepast aan de hand van reeds afgelegde interviews. Ze werden namelijk afgenomen in de periode van

eind februari tot half april. Voor concrete inhoud van de vragen wordt verwezen naar de lijst met interviewvragen (zie bijlage 2).

Mogelijke respondenten werden in eerste instantie bereikt via een selectieve of strategische steekproeftrekking, en bijkomend via een sneeuwbalsteekproef. De selectie van onderzoekseenheden gebeurde namelijk in functie van de probleemstelling (Hardyns, 2019; Noor, 2008), ze moesten kennis of ervaring hebben inzake intersekse. Belangrijk hierbij werd dan de rol van enkele gatekeepers, die de weg openenden voor meer potentiële respondenten. Een aantal respondenten zijn dan ook gecontacteerd op advies van eerdere respondenten.

Mede door de ‘onzichtbaarheid’ van de populatie intersekse personen, wat te wijten is aan het heersende stigma, zijn maar drie ervaringsdeskundigen bevraagd. Andere redenen hiervoor zijn het op zich ‘kleine’ aantal intersekse personen die een operatie ondergaan heeft en de weinige personen die bereid zijn om hier vervolgens openlijk over te willen spreken. Deze ervaringen kunnen dan ook moeilijk gelden voor alle personen die dergelijke operatie meegemaakt hebben. Bovendien hebben de geïnterviewde ervaringsdeskundigen ondertussen reeds een leeftijd bereikt van 40-50 jaar, wat wil zeggen dat zij spreken over hun ervaringen in een andere tijdsgeest. Door opkomende internationale aandacht en veranderingen in het ziekenhuisbeleid zouden deze ervaringen dan ook niet helemaal representatief zijn voor kinderen die nu intersekse geboren worden. Andere inzichten in dit onderzoek komen dan ook van artsen en onderzoekers. Hoewel de geïnterviewde respondenten dus niet allemaal eenzelfde achtergrond hebben, kan een verscheidenheid aan ervaringen en kennis interessante antwoorden opleveren.

5.4 De impact van het covid-19-virus: een switch naar online onderzoek

Door de federaal opgelegde veiligheidsmaatregelen naar aanleiding van het covid-19-virus, zijn een deel van de interviews online afgelegd. De gebruikte kanalen hiervoor waren in de meeste gevallen Skype en Microsoft Teams. Eénmaal verliep dit immers via de app ‘GoToMeeting’. De communicatie is dus steeds synchroon in tijd verlopen én de participanten konden mekaar op een beeldscherm zien (Deakin & Wakefield, 2014; Salmons, 2010). Als onderzoekster heb ik me aangepast aan de methode die de voorkeur genoot van de respondent, zodat deze vertrouwd was met het kanaal (Steenhout, 2017). Doordat tijds- en verplaatsingskosten wegvallen, biedt een interview via videochat mogelijk meer flexibiliteit

om in te plannen (Janghorban, Roudsari & Taghipour, 2014). Drie interviews hebben nog *face-to-face* kunnen plaatsvinden, maar de vijf andere vielen in de periode waar de veiligheidsmaatregelen strikt van toepassing waren. Gezondheidswerkers waarmee ik geplande *face-to-face* interviews in de agenda had staan, heb ik eerst en vooral gecontacteerd via mail met de vraag of een interview in deze omstandigheden nog mogelijk was. Voor interviews die niet meer zouden kunnen plaatsvinden door bijkomende verplichtingen in het ziekenhuis, heb ik alle begrip getoond. Heel dankbaar ben ik deze personen dat ze toch nog een gaatje hebben gevonden in hun drukke agenda om het gesprek alsnog, online weliswaar, te laten doorgaan.

De wijziging naar het online platform kan mogelijks voor enige vertekening zorgen van de resultaten, omdat een computerscherm de vertrouwensband tussen respondent en interviewer mogelijks aantast. Zo kan, in een *face-to-face* interview, het aangaan van een informeel gesprek bij de kennismaking en het aanbieden van een koffie bijvoorbeeld reeds enig vertrouwen creëren (Deakin & Wakefield, 2014). Daarnaast is enkel een deel van de respondent te zien, en is lichaamstaal dus maar beperkt te lezen (Steenhout, 2017). Bovendien was soms wel eens sprake van technische storing, zoals de internetverbinding die niet altijd meezat, waardoor af en toe eens een zinnetje onverstaaanbaar werd. Op zulk moment kon natuurlijk gekeken worden voor een verplaatsing naar een andere kamer in het huis, maar doordat volledige gezinnen van thuis uit werkten, was het niet altijd makkelijk om een plek te vinden waar ongestoord én met goede internetverbinding geïnterviewd kon worden. Daarnaast kwam het regelmatig voor dat een derde de ruimte binnenkwam waar een respondent aan het videobellen was, wat ook voor enige afleiding kan zorgen. Eenmaal was een familielid/partner zelfs een tijdje aanwezig in de ruimte van de respondent, wat enig lawaai op de achtergrond opleverde en eventueel een beperking van antwoorden.

Hoewel alles goed op voorhand getest was op verschillende computers, zijn de microfoon en internetverbinding tijdens een Skypegesprek ook eens plotseling uitgevallen. Deze zaken werden naderhand wel relatief snel opgelost, maar dit zorgde weliswaar voor enige stress en verstoring van het interview. Bij de uitval van de microfoon werd snel gewisseld van computer, waardoor het gesprek even onderbroken was. Dit kan als consequentie hebben dat de spontaniteit van het gesprek verloren gaat (Steenhout, 2017). De hedendaagse online wereld maakt het dan wel mogelijk om in de gegeven omstandigheden onderzoek te blijven

uitvoeren, toch kan niet op alle plausibele scenario's van deze communicatiemethode geanticipeerd worden.

5.5 Analyse van de resultaten

Een inductieve manier van analyseren werd verkozen boven een deductieve, waarbij codes geleidelijk aan ontstonden tijdens het uitvoeren van het onderzoek (Decorte, 2017). Tijdens het transcriberen is een apart 'codeerbestand' opgesteld op Word met enkele overkoepelende codes gebaseerd op thema's die regelmatig aan bod kwamen. Wanneer ik effectief klaar was met het uittypen van alle interviews, is het echte codeerwerk begonnen. De uitgetypte interviews had ik op mijn computer ter beschikking, naast het 'codeerbestand'. Fragmenten uit interviews die over een bepaald thema gingen, werden uit het transcript gekopieerd en bij een specifieke code geplakt in het codeerbestand. In deze fase zijn bijgevolg nog een groot aantal (sub)codes tot stand gekomen. Ook *in vivo codes* zijn hier ontstaan, met name codes uit de exacte woorden van de respondenten (Manning, 2017).

Alle codes heb ik eveneens in een soort van inhoudstafel gegoten, zodat duidelijk werd welke subcodes tot welke hoofdcodes behoorden. Om deze categorieën vervolgens te structureren naar mijn probleemstelling toe (Boeije, 2014), werden de deelvragen bij de passende codes toegevoegd aan de inhoudstafel. Vervolgens werd dit 'codeerdocument' afgedrukt en heb ik met balpen opmerkingen en bedenkingen bij bepaalde passages geschreven. Op deze manier is de constructie van de resultaten tot stand gekomen.

Na het uitschrijven het empirisch deel van het onderzoek, is het volledige werkstuk doorgestuurd naar de respondenten voor een *member check*. Dit is dan ook de sterkste manier van *member validation* (Maesschalck, 2017) en is mede gebeurd op aanvraag van enkele respondenten. Hierna is nog enige aanvullende informatie toegevoegd en zijn enkele herformuleringen gemaakt. Meer informatie over de ethische aspecten van het onderzoek is trouwens te vinden in het Data Management Plan (zie bijlage 5).

6. Resultaten en discussie

In dit onderdeel worden de resultaten uit het kwalitatief onderzoek weergegeven, gevolgd door een interpretatie van deze in het licht van literatuurstudie uit mijn bachelorproef en uit deze masterproef. Resultaten worden eveneens gecategoriseerd volgens de vooropgestelde deelvragen van dit onderzoek.

6.1 Gelijkenissen tussen vrouwelijke genitale verminking en operaties bij intersekse kinderen

Enkele overeenkomsten tussen VGV en operaties bij intersekse kinderen worden duidelijk als men zich buigt over de beweegredenen van de praktijken. Een argument voor de operaties dat bij meerdere respondenten aangehaald werd, is het vermijden van stigmatisering. Doordat er zulk groot taboe heerst over intersekse, is het mogelijk dat vele ouders schrikken indien dit zich voordoet bij hun pasgeborene. Ze willen koste wat kost vermijden dat hun kindje gevisieerd en gepest wordt. Dit argument lijkt in principe overeen te komen met de socioculturele beweegredenen van VGV. Dergelijke ouders willen namelijk niet dat hun kind verstoten wordt door de maatschappij (Ehrenreich & Barr, 2005; GAMS, 2016a).

Daarnaast lijken enkele parallellen te bestaan tussen gevolgen van VGV en operaties bij intersekse kinderen. In de eerste plaats kunnen lichamelijke of medische gevolgen optreden. Zo geeft een respondent aan dat hij doorheen zijn jeugd verschillende ingrepen heeft moeten ondergaan, waar hij meerdere littekens aan overgehouden heeft. Bovendien ervaart hij urologische problemen en kan plassen pijnlijk zijn. Een vrouwelijke ervaringsdeskundige vertelt tevens dat ze ontzettend is bijgekomen nadat artsen beslist hebben om haar teelballen weg te halen als kind, aangezien haar hormonen door deze ingreep niet meer in balans zijn. Daarentegen zegt een andere gezondheidswerkster dat artsen met onvoldoende ervaring mogelijks dergelijke operaties uitvoerden, wat tot een suboptimaal resultaat leidde, en dat daarom bepaalde mensen ontevreden zijn.

Ook op seksueel en reproductief vlak worden enkele consequenties van de operaties geuit. Een mannelijke ervaringsdeskundige ervoer veel complicaties op seksueel gebied en heeft hier bijgevolg meerdere partners door verloren. Een gezondheidswerker beaamt deze problematiek door te vertellen dat de gevoeligheid van een lichaamsdeel vermindert van zodra

er in gesneden is. Verder kan het weghalen van voorplantingsorganen tot onvruchtbaarheid leiden. Zo vertelt een respondent:

“Bij sommige intersekse personen worden de eierstokken weggehaald omdat ze niet passen binnen het chromosomaal patroon van iemand. Dan heb ik zoiets van ‘wie zijde gij om daarover te oordelen?’” (respondent 3)

Daarbij erkennen vier respondenten expliciet dat operaties bij intersekse kinderen problemen kunnen veroorzaken op psychologisch vlak. Eén ervaringsdeskundige werd altijd op een aparte manier bekeken door zijn familie en heeft zo nooit een emotionele band met zijn ouders ontwikkeld.

“Ik mocht er ook geen vragen naar stellen. Ik heb eigenlijk geen band met mijn ouders, die emotionele band is volledig weg, die is er niet.” (respondent 1)

Deze respondent is echter opgegroeid in het oude beleid, terwijl nu heel erg ingespeeld wordt op psychologische begeleiding van het kind en de ouders, zodat dergelijke scenario's zich niet zouden voordoen. Een ander probleem is de toekenning van een genderidentiteit. Een respondent uit het medisch discours erkent dat 10% van de meisjes die sterk mannelijk ontwikkeld zijn bij de geboorte, een mannelijke genderidentiteit blijken te hebben. Een andere respondent bekrachtigt dat 5 tot 10% van de intersekse personen later van geslacht wisselt. Enkele studies bevestigen dit percentage, waar men het over 8% en 10% heeft (Briffa, 2004; Kreukels et al., 2018). Eén van de ervaringsdeskundigen uit dit onderzoek heeft daarbij een opvoeding als jongetje gehad, maar bleek een vrouwelijke genderidentiteit te bezitten. Dergelijke cijfers en getuigenissen bevestigen dan ook het gevaar van genitale chirurgie op zeer jonge leeftijd, waarbij kort na de geboorte een bepaalde genderidentiteit toegekend wordt.

Ook bij VGV zijn veelvoorkomende symptomen: pijn bij het plassen, littekens, complicaties op seksueel vlak, onvruchtbaarheid en psychologische problemen (Andro, Cambois & Lesclingand, 2014; Delporte, Dhont & Temmerman, 2011; Dubourg & Richard, 2018; WHO, 2008).

Niettegenstaande dienen deze gevolgen zich niet bij ieder geopereerd kind aan en lijkt genderidentiteit bij de meesten niet het *issue* te zijn, vertelt een respondent. Toch haalt een andere respondent aan dat zelfs als 95 procent tevreden is over de toegewezen genderidentiteit, dan zijn nog steeds de mensenrechten van allen geschonden. Het is namelijk niet te voorspellen bij welk kind een verkeerde genderidentiteit toegewezen wordt.

Een andere overeenkomst tussen operaties bij intersekse kinderen en VGV, misschien wel de belangrijkste, bevindt zich in het autonomieprincipe. De meeste respondenten zijn het erover eens dat de autonomie van een kind niet gerespecteerd wordt bij een operatie waar hij/zij niet mee kan instemmen. Eén respondent deelt mee dat de fysieke en psychische integriteit van een kind, wat verankerd staat in artikel 22bis van de Grondwet¹⁶, fundamenteel niet gerespecteerd wordt. Iemand anders haalt een tweede bedenking aan:

“Dus elk kind heeft baat bij diagnose, hé. En dan is het natuurlijk uw keuze om daar al dan niet iets mee te doen. Niemand heeft de verplichting om zich te laten behandelen, ik kan er gerust voor kiezen als ik kanker krijg morgen, om te zeggen ‘ik behandel mij niet.’ Dat is volledig mijn recht hé, dus dat geldt ook voor variaties die niet of wel levensbedreigend zijn.” (respondent 5)

Toch haalt één respondent een bijkomende overweging aan. Ze stelt zich de vraag of deze redenering dan veralgemeend moet worden naar alle ingrepen bij een kind:

“Maar is dat dan een ingreep, gelijk welke ingreep bij een kind die niet om levensreddende redenen is? Het voorbeeld van een kind met een gespleten lip, gespleten verhemelte, dat is dan een schending van de rechten van het kind?” (respondent 7)

Het uitstellen van genitale niet medisch noodzakelijke operaties tot het kind zelf zijn/haar geïnformeerde toestemming kan geven, brengt natuurlijk een discussie op gang over alle cosmetische chirurgische ingrepen bij een kind. Een mogelijkheid is om van iedere niet medisch noodzakelijke ingreep bij een kind de voor- en nadelen af te wegen, en op basis

¹⁶ Art. 22bis GW.

daarvan een algemeen medisch en/of ethisch advies te formuleren. Niet iedere alteratie aan een lichaam brengt dan ook exact dezelfde gevolgen teweeg.

Over het algemeen geven vier respondenten aan een verband te zien tussen VGV en operaties bij intersekse kinderen. Zo verduidelijkt een respondent:

“Er wordt toch steeds vaker vanuit mensenrechtenperspectief een link gelegd, dat intersekse genitale mutilatie, dat is in feite gewoon de westerse vorm van VGV. En dat is zo vreemd dat dat nog moeilijk ingezien wordt.” (respondent 8)

Een onderzoekster haalt bovendien aan dat de definitie van VGV in principe operaties bij intersekse kinderen kan bevatten. Type 4 van VGV houdt namelijk in: alle andere schadelijke ingrepen met betrekking tot de vrouwelijke genitaliën om niet-medische redenen, bijvoorbeeld piercen en uitbranden (WHO, 2008). Volgens deze respondent kunnen intersekse operaties hier bijgevolg ook onder vallen. Deze bedenking is tevens aangehaald in literatuur (Fraser, 2016).

6.2 Verschillen tussen de twee praktijken

Een belangrijk verschil tussen VGV en operaties bij intersekse kinderen bevindt zich in het toestemmingscriterium. Ookal heeft de persoon in kwestie toestemming gegeven, VGV blijft een misdrijf.¹⁷ Hiertegenover staat dat alle respondenten het erover eens zijn dat een ingreep aan de genitaliën van een intersekse persoon tolereerbaar is, indien deze hier zelf over kan beslissen. Enkel als de ingreep iemand opgedrongen wordt, lijken bezwaren te zijn. Wat hieruit onvermijdelijk uit volgt is een discussie omtrent het begrip ‘toestemming’. Wat is toestemming, wat is een *informed consent*, en vanaf welke leeftijd is dit betrouwbaar?

Verder haalt een respondent aan dat VGV gebeurt op intacte lichamen, terwijl operaties bij intersekse kinderen plaatsvinden op ‘niet-intacte lichamen’. De respondent zegt vervolgens:

¹⁷ Art. 409 Sw.

“Dat is een totaal ander verhaal omdat je bij intersekse personen spreekt over een conditie of aandoening en over diagnose en therapie, terwijl je bij VGV hier niet over spreekt. Dus ik denk dat het zeer gevaarlijk is om het model van VGV, wat betreft strafrechtelijk, om dat over te zetten... Want, dan is het hek van de dam denk ik, hé. Dan gaat niemand nog durven... Dat is ergens hetzelfde als, een beetje een ander perspectief, maar het euthanasieverhaal. Je gaat natuurlijk wel moeten vermijden dat artsen dat niet meer gaan durven doen, want er zijn nog altijd kinderen waarbij een aantal zaken moeten gebeuren.” (respondent 6)

Hierna kan natuurlijk een discussie over de definiëring van het begrip ‘medisch noodzakelijk’ volgen, waarover later meer. Ook de term ‘niet-intact’ kan men in vraag stellen.

Een ander verschil schuilt in één van de voornaamste redenen voor VGV, namelijk de onderdrukking van vrouwen, waarbij ze kuisheid horen te bewaren tot het huwelijk (Dubourg & Richard, 2018). Deze beweegreden is weliswaar niet aan de orde bij operaties bij intersekse kinderen. Hierbij draait het volgens twee respondenten immers om de vereiste om ‘normale’ seks te kunnen hebben en aan voortplanting te kunnen doen. Hoewel dergelijke beweegredenen wellicht verschillend uitgedrukt worden, gaan ze beide uit van een heteronormatief kader.

Drie respondenten gaan dan ook niet akkoord met de vergelijking van VGV en operaties bij intersekse kinderen. Een respondent verduidelijkt:

“Ehm, ik denk dat je, als je dat in die context zou bekijken, verwijzend naar VGV, dat je dan appels met peren vergelijkt, hé. Die twee zaken staan volledig los van mekaar. Ze hebben heel andere achterliggende oorzaken, beweegredenen en ook gevolgen, gebeuren ook in een totaal andere context, door totaal andere personen uitgevoerd. Ik zie eigenlijk geen enkel verband, hé. Dus ik denk dat het niet appropriate is om dat daarmee te vergelijken of een soort van redenering toe te passen die eigenlijk komt vanuit een totaal andere situatie.” (respondent 7)

In Egypte is VGV echter bijna volledig gemedicaliseerd (Leye & Temmerman, 2010), dus is het niet ondenkbaar dat migranten van Egypte hier ook naar een arts zouden stappen. Ook zijn

de strafbepalingen in artikel 409 van het Strafwetboek tevens van toepassing op artsen, en is de context van beide praktijken misschien toch niet zo verschillend.

6.3 Het verschil in beleid tussen vrouwelijke genitale verminking operaties bij intersekse kinderen

In België bestaat momenteel een omvattend beleidskader omtrent VGV op wettelijk, preventief en hulpverleningsvlak. Wetgeving hierrond is uitgebreid in de zin dat artsen de gelegenheid krijgen om hun beroepsgeheim te schenden in bepaalde situaties.¹⁸ Ook op gebied van preventie wordt aan sensibilisering gedaan door verschillende organisaties en instellingen. Daarnaast bestaan twee multidisciplinaire centra voor slachtoffers van VGV (GAMS, 2016b).

Hoewel het ziekenhuisbeleid inzake operaties bij intersekse baby'tjes – in de woorden van respondent 7 – “180 graden van richting veranderd is ten opzichte van een paar jaar geleden”, bestaan enkel richtlijnen en aanbevelingen rond deze praktijk, maar ontbreekt rechtszekerheid. Waar een aantal jaren geleden nog actief geopereerd werd, zou momenteel consensus heersen onder gezondheidswerkers over het uitstellen van cosmetische operaties. Althans, deze consensus wordt verondersteld. Niemand heeft immers zicht op alle intersekse geboortes in België, en of zij bovendien allemaal doorverwezen worden naar het multidisciplinair centrum in Gent, waar kind en ouders omvattende begeleiding ontvangen.

“Ik heb daar geen zicht op. Het zou mij verwonderen als elk kind dat met een variatie wordt geboren naar een centrum wordt gebracht. Er zijn trouwens ook geen officiële referentiecentra, dus het zou mij verwonderen dat dat gebeurt. Ik denk het eerder niet.” (respondent 5)

Eén respondent denkt dat ieder intersekse geboren kindje wel degelijk doorverwezen wordt, terwijl drie responden ten aangeven dat ze dit niet met zekerheid kunnen vaststellen.¹⁹

¹⁸ Art. 458bis Sw.

¹⁹ Hier en op andere plaatsen in de tekst wordt duidelijk dat sommige vragen niet beantwoord worden door iedere respondent. Dit komt omdat niet iedere vraag van toepassing is op elke respondent. Bepaalde vragen gaan bijvoorbeeld over het ziekenhuisbeleid en zijn dan ook voornamelijk bedoeld voor gezondheidswerkers of personen die kennis hebben van de situatie in België. Een andere reden kan zijn dat niet alle respondenten een duidelijke mening hadden over een bepaalde stelling.

“Is dat volledig waterdicht? Nee.” (respondent 6)

“Eh, dat kan ik niet zeggen. Dat kan ik niet zeggen, want degenen die niet naar ons doorverwezen worden, die zien we uiteraard niet. Soms zien we wel dat mensen pas achteraf de weg naar ons vinden, waardoor we ook weten dat niet iedereen wordt doorverwezen.” (respondent 7)

Als niet iedereen systematisch doorverwezen wordt, kan dit betekenen dat artsen in andere ziekenhuizen wel gewoon aan operaties bij intersekse kinderen kunnen participeren, zonder hiervoor een sanctie te riskeren. Eén respondent geeft aan dat sommige artsen onder enorme druk van de ouders deze ingrepen mogelijks durven uitvoeren. Een andere respondent daarentegen, zegt dat er geen sancties op staan, maar dat geen enkele arts zich hier nog aan riskeert. Desondanks vermeldt een derde respondent meteen dat sancties hier helemaal niet wenselijk zouden zijn.

Niettemin moet ook de vraag gesteld worden of in het DSD-centrum altijd gewacht wordt met het uitvoeren van operaties tot het kind hier zelf over kan beslissen. Drie respondenten geven aan dat de standaard vandaag is om niet te opereren, maar dat dit in bepaalde gevallen wel moeilijk ligt. Een voorbeeld hiervan is een zeer conservatief gezin met een migratieachtergrond. Een respondent vertelt hierover:

“Gaan we nu nooit meer opereren? Dat is een hele moeilijken. Ik denk dat er bepaalde situaties zullen zijn waarin dat we zowel met het team in overleg als in overleg met de ouders toch zullen beslissen om een ingreep te doen. Eh, een ingreep die altijd zo minimaal invasief zal zijn, zeker als het over vervrouwelijking gaat.”
(respondent 6)

Dit mondt natuurlijk uit in situaties waarbij de autonomie van het ene kind wel gerespecteerd wordt, en die van het andere kind niet, afhankelijk van waar je geboren wordt. Opnieuw komt bij drie respondenten vervolgens de leeftijds-discussie boven, want vanaf welke leeftijd *kan* een kind hier überhaupt toestemming over geven?

Het lijkt er dus op dat de meeste operaties bij intersekse kinderen uitgesteld worden tot het kind hier zelf over kan beslissen, maar 100% zekerheid dat dit bij alle gevallen zo gebeurt, is er niet. Hoewel artsen en ouders een gevangenisstraf riskeren bij VGV, worden geen concrete gevolgen gekoppeld aan het uitvoeren van operaties bij intersekse kinderen. Meer zelfs, de ‘therapeutische noodzaak’ in de wet op patiëntenrechten wordt zodanig breed geïnterpreteerd dat maatschappelijke verwachtingen hier ook onder vallen, vertelt een respondent. Op die manier worden operaties bij intersekse kinderen in principe gedekt door de wet. Bovendien ontbreekt enig zicht op eventuele operaties en op attitudes tegenover deze ingrepen van andere artsen in België. Zijn zij zich bewust van de internationale aanbevelen en worden deze erkend en opgevolgd in het hele land?

6.4 De vraag naar een eventueel verbod op operaties bij intersekse kinderen

6.4.1 Verdeeldheid in meningen

Wanneer gepeild wordt naar de visies inzake een eventuele strafbaarstelling van operaties bij intersekse kinderen, ontstaan er in feite twee ‘kampen’. Een deel van de respondenten is fervente voorstander van het verbod, in tegenstelling tot enkele personen die dit absoluut niet zijn.

Zo verkiezen vier respondenten een verbod op operaties bij intersekse kinderen. Eén respondent die vanuit een mensenrechtenperspectief het verbod wel verdedigt, benadert dit thema echter met een realistische blik, wetende dat artsen en belangengroepen regelrecht tegenover mekaar staan. Hij vindt dan ook dat als we in de realiteit leven dat het er niet snel zal komen, maximaal moet ingezet worden op sensibilisering.

Aan de andere kant bevinden zich drie respondenten die van mening zijn dat een verbod hier niet aan de orde is. Eén van deze respondenten wil aanzetten tot nadenken over de nefaste consequenties van zulk verbod, indien dit puur op zichzelf staat zonder enige vorm van begeleiding. Volgens haar leidt dit in de praktijk mogelijks tot een verhoogd aantal abortussen, een vlucht naar het buitenland en een vlucht naar illegale praktijken.

“Dan ga je eigenlijk de situatie stimuleren waarbij ouders toch maar op zoek gaan naar een plekje waar hun kind geopereerd kan worden, en dan komen ze terecht bij iemand die zegt van ‘jaja, dat is geen probleem, ik kan dat wel.’ En die daar dan

eigenlijk niet de best getrainde persoon voor is, met gevolg dat het resultaat suboptimaal is.” (respondent 7)

Deze redenering kan echter ook toegepast worden op VGV, waar het niet in de weg staat van een verbod. Mijns inziens zou het daarnaast niet de bedoeling zijn om de multidisciplinaire zorg die vandaag bestaat af te bouwen en enkel op een strafbepaling te steunen. Meer zelfs, hier zou nog meer nadruk op gelegd mogen worden. Anderzijds dienen alle mogelijke gevolgen van een verbod wel degelijk in acht genomen te worden alvorens dit al dan niet geïmplementeerd wordt.

Ten tweede stelt zij zich de vraag waar dan het verschil ligt met andere cosmetische ingrepen bij een baby/kind, zonder dat toestemming gegeven wordt door de persoon in kwestie. Hierbij wordt opnieuw het voorbeeld van een gespleten lip en/of verhemelte aangehaald, wat eveneens niet levensreddend is en toch uitgevoerd wordt, terwijl het kind hier ook niet over beslist.

Eén respondent vindt het daarentegen een moeilijke kwestie en heeft geen expliciete mening over een eventuele strafbaarstelling.

6.4.2 Verschillende opties mogelijk

Indien een verbod zou volgen, is nog maar de vraag hoe dit in de wet zou komen. Een optie is om een aparte strafbaarstelling van operaties bij intersekse kinderen in te stellen, naast de strafbaarstelling van VGV. Een ander idee is om deze twee samen te gieten in één wetsartikel. Nog een mogelijkheid, die wordt aangehaald door een respondent, kan zijn om een wetsbepaling te creëren voor alles wat te maken heeft met een behandeling van de geslachtskenmerken, waarbij een *lex specialis* kan bestaan voor VGV.

Het probleem dat hier natuurlijk komt bij kijken, is het vraagstuk van mannenbesnijdenissen. Een respondent geeft aan dat een wet die elke behandeling op de geslachtsorganen zonder instemming van de betrokken persoon strafbaar stelt, automatisch als gevolg heeft dat mannenbesnijdenissen hier ook onder vallen. Mannenbesnijdenissen, VGV en operaties bij intersekse kinderen zijn dan ook met mekaar verbonden en een wetgevende vooruitgang in één van die drie dossiers heeft een impact op het andere dossier. Daarom moet het samen

bekeken worden, zegt een respondent. Zo verkiezen twee respondenten expliciet de optie om de drie ingrepen onder één noemer te plaatsen in een nieuwe wetsbepaling.

Als het dan op de straf zelf aankomt, kan gekeken worden naar de straf op VGV, met name de gevangenisstraf. Vijf respondenten geven expliciet aan dat de vrijheidsstraf op VGV een sterk symbolische waarde heeft en vinden dit dan ook een gepaste straf voor VGV. Van deze vijf respondenten is echter niet iedereen akkoord dat ook operaties bij intersekse kinderen hiermee bestraft moeten worden. Zo gelooft één respondent niet in een gevangenisstraf. Zij verkiest een soort van ‘werkstraf’ in een omgeving met slachtoffers van discriminatie. In die zin hoopt ze dat daders hier enig inzicht door verwerven en de andere kant van de keten leren begrijpen.

Volgens een andere respondent ligt een vrijheidsstraf op operaties bij intersekse kinderen wellicht in de logica van het recht. Artsen zijn immers gebonden aan het strafrecht indien de *informed consent* van de patiënt weggenomen wordt. Als deze er dus niet is, kan men kijken naar de straf die op het misdrijf van slagen en verwondingen staat en geldt voor gewone burgers. Op die manier komt men bij de vrijheidsstraf uit, en deze zou tevens effectief kunnen zijn:

“Denk bijvoorbeeld aan het euthanasieproces, de assisenprocedure toont aan dat er natuurlijk wel gevolgen aan gekoppeld zijn. Artsen en psychiaters geven aan van ‘we zijn minder geneigd om dergelijke praktijken te doen of flexibel te zijn in zaken van euthanasie.’ Dus het formuleren van een vrijheidsstraf heeft een impact, meer dan enkel een geldboete. Ja, daar ben ik wel van overtuigd.” (respondent 5)

Verder kan men zich de vraag stellen of het moreel gezien vereist is dat ouders van het betrokken kind, naast artsen, ook vervolgd mogen worden, net zoals dat kan bij VGV. Deze vraag lijkt iets verre gaander en blijkt gevoeliger te liggen dan de bestraffing van artsen. Zulke ouders hebben namelijk het beste voor met hun kind. Toch wordt dit soort redenering niet gehanteerd bij VGV, want ook deze ouders willen enkel maar hun kind beschermen, vertelt een respondent. Bij beide praktijken gaat het dus om ouders die willen dat hun kind kan overleven, huwen en niet zal worden gestigmatiseerd (Kehrer, 2019).

Eén respondent vindt het straffen van ouders een moeilijke kwestie. Een andere respondent begrijpt de vergelijking met de positie van ouders inzake VGV, maar denkt niet dat het een gepaste weg is om te volgen. Daarnaast gingen drie respondenten al niet akkoord met een strafrechtelijk kader in eerste instantie. Anderzijds geven drie respondenten expliciet aan dat ouders die zich bewust zijn van de gevolgen van operaties bij intersekse kinderen, hier nog steeds op aandringen en een arts dit laten uitvoeren, vervolgd moeten kunnen worden. Natuurlijk is in de eerste plaats grondige sensibilisering nodig, aangezien de meeste (jonge) ouders die hier op dit moment in aanraking mee komen, geen weet hebben van intersekse variaties en mogelijks reageren uit schrik. Een respondent heeft het idee om een volksjury in te stellen om te achterhalen in welke mate deze ouders bewust instemden met de ingreep.

Een praktisch probleem dat zich, volgens een respondent, tevens voordoet indien ouders niet betrokken worden in de strafbaarstelling, is een mogelijke verschuiving naar andere landen waar de praktijk (nog) niet verboden is:

“Stel je voor dat ouders hun kind meenemen naar een of ander land, en het daar laten opereren. Als ze dan terug zouden komen en die ouders zouden niet strafbaar zijn, dan kunnen wij nooit bij die artsen terecht. Vandaar dat het ook strafbaar moet zijn voor ouders.” (respondent 8)

Hoewel discussies kunnen ontstaan over het al dan niet betrekken van ouders in dergelijke strafbaarstelling, dienen constructies van mededaderschap en medeplichtigheid in acht genomen te worden.²⁰ Indien een verbod geïnstalleerd wordt in boek II van het Strafwetboek, zorgen dergelijke rechtsfiguren er sowieso voor dat ouders vervolgd kunnen worden als zij hieraan meegewerkt hebben. De vraag is dan natuurlijk in hoeverre ouders betrokken zijn bij de ingreep. Niettemin kan dit vermeden worden door het verbod in andere wetgeving toe te voegen of door expliciet te vermelden in de bepaling dat ouders buitengesloten blijven.

6.4.3 Bijkomende problemen

Een eerste punt dat in acht genomen moet worden bij een eventueel verbod, is de tekortkoming van wetgeving alleen. Een respondent haalt aan dat Malta een verbod op operaties bij intersekse kinderen geïmplementeerd heeft, maar dat dit niet volledig nageleefd

²⁰ Art. 66 Sw. ; Art. 67 Sw.

wordt. Een rapport van ILGA-Europe toont ook aan dat desondanks de operaties in Malta verboden zijn, ze nog steeds uitgevoerd worden in ziekenhuizen (Costa, 2020; ILGA-Europe, 2020).

Nog een andere respondent bevestigt dit en duidt eveneens op het gevaar van een verplaatsingseffect naar het buitenland:

“Het introduceren van de wetsbepaling zal zeker niet het einde van de rit zijn, dat is. Het moet gepaard gaan met een zorgprotocol, gestuurd van de federale overheid samen met de gemeenschappen. En bij uitbreiding zal dat natuurlijk gebeuren op Europees niveau, maar de huidige coronacrisis toont aan dat de EU geen bevoegdheden heeft inzake gezondheid. Dus landen gaan dit apart doen, wat als het ware situaties kan creëren waarbij personen die in Gent zullen wonen, gewoon naar het buitenland kunnen gaan.” (respondent 5)

Daarnaast dient nagedacht te worden over de definiëring van het concept ‘medisch noodzakelijk’, aangezien bij een verbodsbepaling nog enige ruimte open moet blijven voor operaties die het leven van het kind redden. De invulling van die definitie zal waarschijnlijk aan de discretionaire ruimte van de arts overgelaten worden. Het gevaar schuilt nu echter in die ruimte, want waar ligt dan de grens? Vijf respondenten bevestigen dit probleem, waarbij twee van hen vertellen het niet uit te sluiten is dat een arts een te ruime beschrijving geeft van wat medisch noodzakelijk is. Daarentegen is één respondent sterk van mening dat de noodzakelijkheidsvereiste breed geïnterpreteerd moet worden, zodat ook psychologische impact hieronder kan vallen. In die zin zouden cosmetische operaties dus ook onder de ‘medische noodzaak’ vallen en zou het volgens haar absoluut geen goed idee zijn om deze te verbieden.

6.5 Randvoorwaarden voor een eventueel verbod

Een aantal zaken zijn vereist als men de visibiliteit van intersekse personen wil vergroten en het beleid sterker wil maken, of een verbod nu aan de orde is of niet. Indien een strafrechtelijk kader zou volgen, zijn enkele randvoorwaarden nodig opdat dergelijke wetgeving in de praktijk ook geïmplementeerd zal worden.

6.5.1 Aanpak binariteit in het rechtssysteem

Het binaire denken beheerst tot op vandaag onze maatschappij. Als men de genitaliën van een baby'tje niet meer 'normaliseert' zodat het kind binnen een vrouwelijk of mannelijk plaatje zou passen, zullen deze twee normen uitgebreid moeten worden. Alle respondenten zijn het er dan ook unaniem over eens dat het hoog tijd is om de binariteit in ons rechtstelsel te doorbreken. De meeste respondenten beamen dat dit een evolutie is die reeds in gang is gezet, waarbij iemand verduidelijkt dat er nu dus ook geen weg terug meer is. Niettemin benadrukken drie respondenten dat het maatschappelijk draagvlak hiervoor bij een grote groep in de maatschappij nog ver te zoeken is, zeker als men kijkt naar bepaalde niet-westerse culturen.

“We leven natuurlijk in een zeer geglobaliseerde wereld, dus ik vraag mij af... Als je kijkt naar hoeveel landen zeer grote problemen hebben met homoseksualiteit, die dat zelfs bestraffen... Dan vraag ik mij af, hoe moet je dan in godsnaam gaan afkomen met het veranderen van man-vrouw, het binaire.” (respondent 2)

“Ik wil ook wel benadrukken dat er nog steeds een grote groep mensen is die zich wel mannelijk of vrouwelijk voelt. Soms heb ik het gevoel dat dat een beetje begint over te wegen van ‘iedereen moet zich maar daartussen voelen en dergelijke’. Ehm, maar je mag wel nog het recht hebben om je nog steeds mannelijk of vrouwelijk te voelen.” (respondent 4)

Een – voor de hand liggende - mogelijkheid om deze binariteit te doorprikken, houdt de invoering van een optie 'X' in. Hoewel dit volgens drie respondenten een goede stap is, zijn vier respondenten hier geen fan van. Argumenten in deze groep luiden dat binnen 'X' nog steeds een grote variatie aan mogelijkheden zou bestaan, en dat dit stigmatisering niet zal wegwerken. Als deze mogelijkheid enkel zou openstaan voor intersekse personen, blijft discriminatie namelijk bestaan.

Een radicalere weg om in te slaan is de volledige verlating van het binaire kader. Vijf respondenten zien dit, al dan niet in een ideale wereld, als de meest wenselijke optie.

“Wij moeten van die binariteit af. En moet dat dan M, V, X worden? Ik denk dat het beter gewoon niets wordt. Noch M, noch X, noch V, want er is een eindeloos aantal mogelijkheden.” (respondent 6)

Een respondent haalt vervolgens een aantal interessante pistes aan over hoe de strikte categorisering van kinderen in een mannelijk of vrouwelijk kader kan doorbroken worden. Bijvoorbeeld, door een loskoppeling van biologische seksekenmerken en genderidentiteit te maken. In die zin wordt iedereen gescreend op het hebben van een baarmoeder, prostaat, eileiders et cetera. Dergelijke organen en lichaamsdelen worden echter niet toegekend aan een bepaald geslacht, maar staan los van mekaar opgesomd in een lijst. Op die manier kan iedere persoon in het bezit van een baarmoeder uitgenodigd worden door de huisarts voor een vaccin tegen baarmoederhalskanker. De genderidentiteit daarentegen kan al dan niet op een latere leeftijd geregistreerd worden.

Indien de eerder vermelde optie ‘X’ echter als tussenstap zou gebruikt worden voor een verregaandere verandering, gaan drie respondenten wel akkoord met de invoering van X.

6.5.2 Sensibilisering

Alle respondenten zijn het er tevens over eens dat sensibilisering rond intersekse dringend nodig is, of ze nu voor of tegen een verbod van de operaties zijn. Sensibilisering dient vervolgens op verschillende plekken te gebeuren, zoals in de lessen seksuele opvoeding in scholen, haalt een respondent aan. Bovendien moeten biologieboeken in het secundair onderwijs aangepast worden aan de complexe realiteit, aangezien sekse diverser is dan nu beschreven wordt, vinden drie respondenten. Een eerdere studie, uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, die peilt naar ervaringen van intersekse personen, stelt daarbij vast dat de bevraagde intersekse personen wensen dat dit thema besproken zou worden in scholen. Educatie naar iedereen in de maatschappij toe over dit onderwerp is belangrijk voor de acceptatie van deze personen. De uitleg die op dit moment gegeven wordt in biologielessen geeft hen namelijk het gevoel dat ze niet ‘normaal’ zijn en zo blijft het taboe tevens bestaan (Dsdfamilies, 2019). Uit deze studie kwam eveneens dat ouders het niet zagen zitten om de intersekse variatie van hun kind te delen met een bredere gemeenschap, omdat ze wilden vermijden dat hun kind discriminatie zou ervaren (Dsdfamilies, 2019). Dit toont dan ook aan dat het doorbreken van het heersende taboe op intersekse de hoogste prioriteit moet krijgen.

Ook de sportwereld heeft hier nood aan, ter illustratie komt het eerder besproken Caster Semenya-verhaal naar voren tijdens een interview.²¹ Daarnaast dienen gezondheidswerkers meer geïnformeerd te worden, zodat cosmetische operaties niet meer zomaar uitgevoerd worden.

6.5.3 Openen debat naar gelijkaardige praktijken

In literatuur worden verschillende praktijken die een alteratie van de genitaliën vragen regelmatig met elkaar vergeleken (Green, 2005; Kehrer, 2019; Wood, 2018). Wat nog naast VGV en operaties bij intersekse kinderen geplaatst kan worden, zijn mannenbesnijdenissen en cosmetische genitale ingrepen (bij niet-intersekse personen). Als het op mannenbesnijdenissen aankomt, wordt het gebrek aan autonomie als voornaamste probleem bekritiseerd door zes respondenten. Ook halen twee respondenten de verminderde seksuele gevoeligheid als consequentie aan. Bovendien merken twee respondenten op dat mannenbesnijdenissen overeen kunnen komen met type 4 van VGV. Daarbij kan zelfs een zeer lichte vorm van VGV, bijvoorbeeld een prikje aanbrengen in de voorhuid van de clitoris, minder invasief qua gevolgen zijn dan de meeste mannenbesnijdenissen (KNMG, 2010).

Verder stelt één respondent zich wel vragen bij de praktijk, maar bezit hier te weinig kennis over om een concrete opinie te vormen. Een andere respondent heeft hier tevens geen expertise in en vindt dat haar persoonlijke mening dus weinig bijdrage kan leveren.

Genitale cosmetische ingrepen daarentegen, vertonen volgens zes respondenten minder overeenkomsten met operaties bij intersekse kinderen, als het op het autonomieprincipe aankomt. Personen geven dan namelijk zelf toestemming om hun lichaam te conformeren aan culturele verwachtingen of een eigen voorkeur. Niettemin, zegt een respondent, kunnen bepaalde cosmetische ingrepen vergeleken worden met type 1, type 2 of type 4 van VGV.²² Daarbij zorgen dergelijke ingrepen mogelijks voor een verminderd seksueel genot. Hoewel een verbod op deze praktijk uit den boze lijkt, zijn vijf respondenten voorstander van het

²¹ Zie bladzijde 17.

²² Type 1 betekent het gedeeltelijk of volledig verwijderen van de clitoris en/of de voorhuid van de clitoris. Type 2 is het gedeeltelijk of volledig wegnemen van de clitoris en de binnenste schaamlippen, en eventueel de verwijdering van de buitenste schaamlippen. Type 4 van VGV houdt alle andere schadelijke ingrepen met betrekking tot de vrouwelijke genitaliën om niet-medische redenen, bijvoorbeeld piercen en uitbranden (WHO, 2008).

openen van een groter debat over schoonheidsidealen en de manieren waarop deze bereikt kunnen worden. Een tweetal keer kwam bovendien de vraag naar boven of artsen dan ook verplicht zijn om mee te werken aan iets waar zij niet achter staan.

6.5.4 Onderzoek, onderzoek, onderzoek

Een niet te vergeten randvoorwaarde van een verbod, is de nood aan onderzoek. Zoals reeds aangehaald, gebeurt momenteel weinig monitoring rond intersekse condities en eventuele intersekse operaties in België. Een idee dat bijvoorbeeld aangehaald werd door een respondent, is het installeren van een ethische commissie rond intersekse cases, waarbij een aantal intersekse personen mee in de commissie zetelen en dossiers mogen opvolgen. Zulk idee komt tevens naar voren in literatuur, in die zin dat een interdisciplinaire commissie kan oordelen of sommige operaties nu medisch noodzakelijk zijn of niet (Kehrer, 2019).

Bovendien verwijst een Nederlandse respondent naar een Duits onderzoek, dat uitgewezen heeft dat intersekse operaties vaak ‘onder de radar’ plaatsvinden. Zo kregen een aantal kinderen die een ingreep ondergingen voor hun intersekse conditie namelijk een andere diagnose, waardoor het lijkt dat ze een medisch noodzakelijke operatie hebben gehad in plaats van een cosmetische. Zo zijn in 2016 van minstens 2079 kinderen in Duitsland de genitaliën “gecorrigeerd” (Hoenes et al., 2019), ondanks de vele internationale aanbevelingen om deze ingrepen uit te stellen. In Nederland zou dit evenzeer zo lijken, maar deze kwestie dient nog onderzocht te worden. De vraag is natuurlijk of dit in België ook het geval is.

Voorts vragen meerdere respondenten meer onderzoek naar intersekse variaties op zich, de *quality of life* van intersekse personen en de impact van behandelingen. Daarbij stellen twee respondenten zich de vraag wat het effect van het niet-opereren is, en of dit de juiste weg is om in de toekomst te volgen. Ook deze kwestie dient bijgevolg onderzocht te worden.

“Dit zijn eigenlijk onze eerste kinderen die we met een ander beleid laten opgroeien. En eigenlijk weten we niet wat dat gaat impliceren, dus ook DIT moet in vraag gesteld worden. Of door hetgene wat we nu doen, door niet te opereren, maar een meisje met een ander genitaal, het zijnde een piemelkje, naar de klas te laten gaan en dergelijke... We zijn heel benieuwd als onze maatschappij daar klaar voor is.” (respondent 4)

Een organisatie in het Verenigd Koninkrijk, die in het leven geroepen is om begeleiding te voorzien voor gezinnen waar sprake is van een intersekse kind, bevestigt deze nood aan onderzoek. Er is weinig informatie naar ouders toe over van de impact van operaties bij intersekse kinderen en anderzijds ook een tekort aan informatie over de gevolgen van het opvoeden van een kind met atypische genitaliën (Dsdfamilies, n.d.).

7. Conclusie

Door het nagaan van literatuur en analyseren van interviewgesprekken, werd in dit masterproefonderzoek een poging gedaan om de volgende vraag te beantwoorden:

Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden om te voorzien in een beleid van operaties bij intersekse kinderen in België, indien dit vergeleken wordt met (de aanpak van) VGV?

7.1 Bevindingen uit de literatuurstudie

Op basis van voorafgaande literatuurstudie lijkt een verbod op niet medisch noodzakelijke operaties bij intersekse kinderen een wenselijk toekomstperspectief. Door verschillende bronnen wordt deze ingreep gepercipieerd als mensenrechtenschending en soms zelfs als ‘westerse vorm van VGV’. Internationale organisaties en instanties dringen aan op de afschaffing van deze praktijk. Plausibele selectieve bestraffing wordt daarnaast blootgelegd, waarbij men streng optreedt tegen praktijken van niet-westerse culturen, maar eigen gelijkaardige culturele gebruiken niet in vraag stelt. Niet enkel dienen deze operatieve behandelingen beëindigd te worden, ook de binariteit van het rechtssysteem vraagt een grondig debat. De verwachting om tot een mannelijke of vrouwelijke categorie te behoren, hangt namelijk onlosmakelijk samen met het uitvoeren van dergelijke operaties.

7.2 Resultaten uit het eigen onderzoek

In het eigen onderzoek daarentegen, werd al snel duidelijk dat meningen van respondenten over een mogelijks verband tussen operaties bij intersekse kinderen en VGV sterk uiteenlopen. Zo pleiten voorstanders voor een strafbaarstelling van operaties bij intersekse kinderen, waarbij verschillende opties mogelijk zijn. Operaties bij intersekse kinderen kunnen

bijvoorbeeld samengegoten worden met VGV in een wetsbepaling handelend over ingrepen aan de genitaliën van een kind zonder diens toestemming, maar dan komt hier ook het vraagstuk van mannenbesnijdenissen bij kijken. Een andere mogelijkheid is om een apart wetsartikel specifiek voor operaties bij intersekse kinderen toe te voegen. Voorts staan de strafmaat en de positie van de ouders nog ter discussie. Bovendien moeten bij de installatie van een verbod weliswaar enkele plausibele probleemszenario's in acht genomen worden, zoals de definiëring van het concept 'medische noodzaak', een mogelijks verplaatsingseffect naar het buitenland en de tekortkoming van wetgeving alleen. Enkele belangrijke randvoorwaarden zijn dan ook nodig vooraleer een verbod op operaties bij intersekse kinderen in de praktijk zou werken. Wat daarnaast verduidelijkt moet worden, is dat iedereen het erover eens was dat dergelijke operaties wél toegelaten zijn indien het kind hier zelf zijn/haar geïnformeerde toestemming voor geeft.

Niettemin waren enkele respondenten resoluut tegen een verbod, omdat VGV en operaties bij intersekse kinderen twee totaal verschillende praktijken zouden zijn, qua beweegredenen en gevolgen. Verder zou een bestraffing van operaties bij intersekse kinderen nefaste consequenties teweegbrengen, bijvoorbeeld een vlucht naar het buitenland en/of illegale praktijken en een verhoogd aantal abortussen.

Hoewel discussie rijst over het strafrechtelijke aspect, werd consensus bereikt over de noodzaak aan sensibilisering en onderzoek. Bovendien zijn de meeste respondenten van mening dat het publiek debat gevoerd mag worden over binariteit in het rechtstelsel en eventuele gelijkaardige praktijken, zoals mannenbesnijdenissen en cosmetische genitale ingrepen.

7.3 Enkele limitaties

Niettemin moet dit onderzoek met de nodige voorzichtigheid benaderd worden, aangezien zich enkele beperkingen voordoen. Zo zijn maar drie ervaringsdeskundigen bevestigd, die tevens in een niet-hedendaags beleid opgegroeid zijn. Op die manier kunnen zij moeilijk representatief zijn voor de volledige populatie intersekse personen die cosmetische operaties ondergaan hebben. Daarnaast zijn maar drie gezondheidswerkers geïnterviewd, waardoor men geen totaalbeeld kan scheppen van de visie van artsen. Andere inzichten komen van twee onderzoekers.

Bovendien zorgde de coronacrisis voor een gedeeltelijke heroriëntering van het onderzoek richting de online wereld. Online-communicatie biedt dan wel tal van mogelijkheden, toch draagt dit enkele limitaties met zich mee.

7.4 Algemeen besluit

Concluderend vertonen zich, naar mijn mening, enkele parallellen tussen VGV en operaties bij intersekse kinderen die niet over het hoofd gezien mogen worden. Hoewel enkele verschillen op te merken zijn op vlak van beweegredenen en gevolgen, vereisen beide praktijken een aanpassing aan de genitaliën van een kind louter om een sociale norm in stand te houden, waarbij men voorbijgaat aan de autonomie van het kind in kwestie. Beide ingrepen kunnen bovendien consequenties teweegbrengen op lichamelijk, psychologisch, seksueel en reproductief vlak.

Meer investering in het beleid inzake operaties bij intersekse kinderen lijkt dan ook absoluut noodzakelijk. Een gebrek aan monitoring van het aantal intersekse kinderen dat per jaar geboren wordt en de daarmee gepaard gaande uitgevoerde operaties in ons land tonen aan dat **grootschalig onderzoek** vereist is. Vragen dienen gesteld te worden naar intersekse variaties op zich, mogelijke gevolgen van cosmetische operaties, van het niet-opereren en in welke mate dat dergelijke operaties vandaag nog voorkomen in ziekenhuizen. Ook al is het beleid (in theorie) sinds kort veranderd in de lijn van internationale aanbevelingen, er is geen sluitende zekerheid dat dit door iedere arts opgevolgd wordt. Bovendien is het nodig om de individuen die opgroeien in het hedendaagse beleid voldoende op te volgen, zodat ook dit ‘nieuw’ beleid op meer evidentie kan steunen.

Wat hier verder mee samenhangt, is de dringende noodzaak aan **sensibilisering**. Aangezien dit onderwerp momenteel nog zeer sterk in de taboesfeer leeft, is dit de eerste stap die aandacht verdient. Niet alleen gezondheidswerkers en (jonge) koppels met een kinderwens dienen geïnformeerd te worden, deze nood strekt zich uit tot de gehele bevolking. Zo dienen lessen seksuele opvoeding en biologieboeken aangepast te zijn aan de werkelijkheid. Voorts dienen artsen voldoende geïnformeerd te zijn en dient de doorverwijzing van intersekse kinderen naar een expertisentrum gestimuleerd te worden. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat men niet ieder gezin, waarbinnen een intersekse baby geboren wordt, systematisch

doorverwijst naar een gespecialiseerd DSD-centrum. Deze gezinnen ontvangen dan ook niet de psychologische begeleiding die het zou moeten krijgen.

Hoewel dringend onderzoek nodig is naar eventuele negatieve gevolgen van het opvoeden van een intersekse kind dat geen operatie ondergaat, zijn reeds heel wat studies uitgevoerd die wijzen op negatieve consequenties van genitale chirurgische ingrepen op zeer jonge leeftijd. Met de kennis die tot op vandaag aanwezig is, lijkt het mij gepast om de beslissing over een eventuele operatie aan het kind zelf over te laten. Het zal hoe dan ook niet makkelijk zijn voor ouders om een kindje met atypische genitaliën op te voeden in de hedendaagse taboeïserende maatschappij, maar dat is een kwestie van grootschalige sensibiliseringsprojecten. De maatschappij dient bewust gemaakt te worden van de bestaande complexe realiteit, welke niet altijd overeenstemt met de constructies die men vooropstelt. Intersekse personen zijn namelijk even volmaakt als andere mensen en zouden niet eerst aangepast moeten worden aan de maatschappelijk geconstrueerde norm.

Een laatste en – in mijn opinie – noodzakelijke vereiste om de rechten van intersekse personen te erkennen, is daarom ook het inlassen van een **verbod** op niet medisch noodzakelijke operaties bij intersekse kinderen zonder diens toestemming, mits op voorhand geanticipeerd wordt op plausibele problemen die hier mogelijks mee gepaard gaan. Om te oordelen over de medische noodzaak van een operatie, kan bijvoorbeeld een ethische commissie ingesteld worden. Het risico op abortus zou men daarnaast kunnen beperken door voldoende in te zetten op sensibilisering voor en tijdens de zwangerschap. Aangezien dit een kwestie is van culturele normen, lijkt een absoluut repressief beleid weliswaar uit den boze. Het strafrechtelijk kader zou eerder als aanvulling dienen op een beleid gebaseerd op sensibilisering. Een verbod zou dan ook stoelen op de symbolische en preventieve functie van het strafrecht. In die zin is het strafrecht een weerspiegeling van waarden en normen in onze maatschappij. Operaties bij intersekse kinderen lijken dan ook, net als VGV, een aantasting van de fysieke integriteit van een kind in te houden. Niettemin heeft deze redenering als gevolg dat ook mannenbesnijdenissen in vraag gesteld dienen te worden, anders zou men een bepaalde groep kinderen uitsluiten. Hierbij zijn geloofsgroepen echter niet weg te denken, wat de maatschappelijke discussie hieromtrent misschien nog moeilijker maakt.

Hoewel de drie ingrepen naast mekaar gezet moeten worden, ben ik persoonlijk geen voorstander van een nieuwe strafbepaling waarbij VGV, operaties bij intersekse kinderen en

mannenbesnijdenissen allemaal onder dezelfde noemer geplaatst worden. Mijns inziens moet hier voorzichtig mee omgegaan worden, want niet alle ingrepen op de genitaliën van een kind lijken dezelfde impact op een lichaam te hebben. Zo is type 3 van VGV, of de infibulatie, niet te vergelijken met een mannenbesnijdenis qua consequenties. Anderzijds bestaan ook heel wat lichtere vormen van VGV, die dan weer wel gelijkaardig zijn aan mannenbesnijdenissen. Bovendien hebben ingrepen bij intersekse kinderen soms specifieke gevolgen, afhankelijk van de ingreep. Een mogelijkheid kan echter wel schuilen in een wetsartikel handelend over deze praktijken, waarnaast men strafverzwaringen in de wet voorziet voor gevallen waar bijvoorbeeld een type-3-ingreep van VGV uitgevoerd is of indien de ingreep zware gevolgen teweegbracht. Kortom, vooraleer dit verbod er komt, dient uitgebreid onderzoek gevoerd te worden naar de beste manier om dit te installeren.

Daarbij dient benadrukt te worden dat wetgeving die op zichzelf staat, absoluut geen oplossing is voor een praktijkprobleem. Deze moet ondersteund worden door een omvattend beleid, met meer dan voldoende aandacht voor sensibilisering, onderzoek en stimulatie van het publiek debat. Bovendien dient men te voorkomen dat een verplaatsingseffect naar het buitenland optreedt. Dit is dan ook een kwestie van **samenwerking tussen landen**. Zo kan het een optie zijn om het debat verder op een hoger niveau te voeren, bijvoorbeeld op EU-niveau, waarbij lidstaten verplicht worden om een verbod in te lassen.

Verder is vereist om het **binair denkkader** in het rechtssysteem en in de maatschappij te verbreden, opdat een maatschappelijk draagvlak zou ontstaan voor het uitstellen van operaties tot een kind zelf toestemming kan geven. Indien individuen namelijk niet meer aangepast worden aan het systeem, zal het systeem afgestemd moeten worden op een grotere variabiliteit aan individuen. Wanneer dit niet gebeurt, zullen bepaalde personen nog steeds ‘uit de boot vallen’.

Tot slot vraagt de aanpak van dit fenomeen een **publiek debat** over de beantwoording van normen en schoonheidsidealen, die uiteindelijk allemaal een product zijn van cultuur. Op die manier dient men gelijkaardige praktijken in vraag te stellen, zoals mannenbesnijdenissen, genitale cosmetische ingrepen et cetera. Met VGV zien we reeds dat wetgeving niet de oplossing is om attitudes te wijzigen. Een maatschappelijke verandering vereist immers een samenwerking van verschillende actoren, op verschillende niveaus en domeinen.

8. Bibliografie

8.1 Algemeen

Ackx, J. (2019). *Vrouwelijke genitale vermindering in Europa: een kritische analyse van het strafrechtelijk beleid van verschillende Europese landen* (Bachelorproef). Universiteit Gent, Gent.

Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*, 106, 177-184.

Briffa, T. (2004). Intersex surgery disregards children's human rights. *Nature*, 428(6984), 695-695.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Uitgeverij Boom.

Callens, N. (2014). *The past, the present, the future : genital treatment practices in disorders of sex development under scrutiny* (PhD Thesis). Universiteit Gent: Gent.

Callens, N., Longman, C., & Motmans, J. (2017). *Intersekse/DSD in Vlaanderen. Onderzoeksrapport in opdracht van de Vlaamse Overheid, Agentschap Binnenlands bestuur, Afdeling Gelijke Kansen, Integratie en Inburgering*. Gent: UGent & UZ Gent.

Callens, N., Motmans, J., & Longman, C. (2017). Redactionele inleiding themanummer intersekse/DSD. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 41(2), 51-54.

Cannoot, P. (2020). Grondwettelijk Hof dwingt verdere hervorming geslachtsregistratie af. *Tijdschrift Voor Familierecht*, (1), 17-26.

Cannoot, P. (2019). Grondwettelijk Hof wil wettelijke ruimte voor genderdiversiteit. *De Juristenkrant*, (392), 1-3.

Cannoot, P. (2017). Let it be: het recht op persoonlijke autonomie van personen met intersekse/DSD. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 41(2), 87-94.

Costa, M. (2020, 4 februari). Intersex surgery on infants still carried out in Malta, despite ban, report indicates. *Malta Today*, Retrieved 08/04/20 from https://www.maltatoday.com.mt/news/national/100178/intersex_surgery_on_infants_still_carried_out_in_malta_despite_ban_report_indicates?fbclid=IwAR0xoietvoJ1BnsGP_jrlaJ_q8-UA9iiH1ybTP_hujGExqEbwF1KXXJyNT4#.Xo2LpC2iE0o

Creighton, S. & Minto, C. (2001). Managing intersex. Most vaginal surgery in childhood should be deferred. *BMJ*, 323.

- Deakin, H., & Wakefield, K. (2014). Skype interviewing: Reflections of two PhD researchers. *Qualitative research*, 14(5), 603-616.
- Decorte, T. (2017). Kwalitatieve data-analyse. In Decorte, T. & Zaitch, D. (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*, (pp. 463-512). Leuven: Acco.
- Delporte, F., Dhont, M., & Temmerman, M. (2011). Medische aspecten van vrouwelijke genitale verminking. *Gunaikieia*, 16(5), 142-146.
- Dessens, A. B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Genderrol en genderidentiteit bij geslachtsdifferentiatie stoornissen. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 76(3), 137-144.
- Dessens, A. & Van Hoorde, B. (2017). Genderontwikkeling en seksualiteit bij Differences of Sex Development. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 41(2), 78-86.
- Dubourg, D., & Richard, F. (2018). *Schatting van de prevalentie van in België wonende vrouwen en meisjes die vrouwelijke genitale verminking ondergingen of het risico lopen om verminkt te worden, 2018*. Brussel: IGVM, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Dsdfamilies. (2019). *'Listen to us': Consultations with children, young people and families living with different sex development*. United Kingdom.
- Dsdfamilies. (n.d.). *Raising a child - without/with surgery?* Retrieved 13/05/20 from <https://www.dsdfamilies.org/parents/raising-child-surgery>
- Ehrenreich, N., & Barr, M. (2005). Intersex Surgery, Female Genital Cutting, and the Selective Condemnation of "Cultural Practices". *Harvard Civil Rights – Civil Liberties Review*, 40, 71-140.
- EIGE. (2013a). *Current situation of female genital mutilation in Belgium*. Luxembourg: Publications Office of the EU.
- EIGE. (2018). *Female genital mutilation. How many girls are at risk in Belgium?* Luxembourg: Publications Office of the EU.
- FRA. (2018). *The fundamental rights situation of intersex people*. Vienna: FRA.
- Fraser, S. (2016). "Constructing the female body: using female genital mutilation law to address genital-normalizing surgery on intersex children in the United States". *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1), 62-72.
- GAMS. (2016a). *Vrouwelijke genitale verminking: Een aantal mythes onder de loep*. Brussel.

GAMS. (2016b). *Wat kunt u doen?* Retrieved 22/03/19 from <http://gams.be/nl/wat-kunt-u-doen/>.

GATE. (2017). *Submission by GATE to the World Health Organization: Intersex codes in the International Classification of Diseases (ICD) 11 Beta Draft*. New York: GATE.

Ghattas, D. C. (2019). *Protecting Intersex People in Europe: A Toolkit for Law and Policymakers*. ILGA-Europe & OII Europe.

Ghattas, D. C. (2015). *Standing up for the rights of intersex people – How can you help?* Brussels: ILGA-Europe & OII Europe.

Green, F. J. (2005). From clitoridectomies to ‘designer vaginas’: The medical construction of heteronormative female bodies and sexuality through female genital cutting. *Sexualities, Evolution and Gender*, 7(2), 153-187.

Hardyns, W. (2019). *Onderzoeksontwerp in de criminologie*. Gent: UGent.

Hines, M., Brook, C., & Conway, G. S. (2004). Androgen and psychosexual development: Core gender identity, sexual orientation, and recalled childhood gender role behavior in women and men with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Journal of Sex Research*, 41(1), 75-81.

Hoenes, J., Januschke, E., Klöppel, U., & Sabisch, K. (2019). *Häufigkeit normangleichender Operationen" uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter: Follow Up-Studie*. Berlin: Humboldt-Universität.

Huyghebaert, P. (2020, 21 februari). Voorlopig geen verbod op behandelingen intersekse kinderen zonder inspraak, wel een infocampagne. *VRT Nieuws*, Retrieved 21/02/20 from <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/02/21/minister-van-gelijke-kansen-muyllveel-onwetendheid-over-inte/>

Huys, K. (2019, 11 maart). Elk jaar worden er in ons land bijna 15.000 jongetjes besneden, maar zelden is daar een medische reden voor. *VRT Nieuws*, Retrieved 17/05/19 from <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2019/03/11/te-veel-besnijdenissen-bij-jongens/>

IDEM. (n.d.). *Een digitaal informatieplatform rond (lichaams)variëaties in sekse-kenmerken (intersekse/dsd)*. Retrieved 01/03/20 from <https://www.ideminfo.be>

IGVM. (2015). *Nationaal actieplan ter bestrijding van alle vormen van gendergerelateerd geweld 2015-2019*. Brussel: IGVM.

ILGA-Europe (2020). *Annual review 2020 of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe and Central Asia*. Brussels: ILGA Europe.

ILGA-Europe & OII Europe (n.d.). *Défendre les droits humains des intersexués – comment être un allié efficace? Un guide pour les ONG et les décideurs politiques*. ILGA-Europe & OII Europe.

Intersex Belgium & StopIGM.org (2019). *Intersex Genital Mutilations Human Rights Violations of Children with Variations of Reproductive Anatomy. NGO Report (for Session) to the 6th Periodic Report of Belgium on the International Covenant on Civil and Political Rights*.

Janghorban, R., Roudsari, R. L., & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1).

Jones, M. (2017). Intersex Genital Mutilation – A Western Version of FGM. *International Journal of Childrens Rights*. 25(2), 396-411.

Kehrer, I. (2019). Cuts into Children's Future: a Comparative Analysis between FGM, Male Circumcision and Intersex Genital Surgeries, *Peace Human Rights Governance*, 3(3), 333-363.

Kim, J.K., Koyle, M.A., Chua, M.E., Ming, J.M, Lee, M.J., Kesayan, A., Saunders, M., & Dos Santos, J. (2019). Assessment of risk factors for surgical complications in neonatal circumcision clinic. *CUAJ-Canadian Urological Association Journal*, 13(4), 108-112.

KNMG. (2010). *Niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens*. Artsenfederatie KNMG: Utrecht.

Kreukels B.P.C., Köhler, B., Nordenström A., Røhle R., Thyen, U., Bouvattier C., de Vries A.L.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2018). Gender Dysphoria and Gender Change in Disorders of Sex Development/Intersex Conditions: Results From the dsd-LIFE Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777-785.

Leye, E. & Temmerman, M. (2010). Vrouwelijke genitale verminking. In *Vrouwen onder druk* (pp. 37-56). Tiel: Lannoo.

Lindsey, L. L. (2015). The sociology of gender: Theoretical perspectives and feminist frameworks. In *Gender roles. A sociological perspective* (pp. 1-26). London and New York: Routledge.

Maesschalck, J. (2017). Methodologische kwaliteit in het kwalitatief onderzoek. In Decorte, T. & Zaitch, D. (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*, (pp. 132-160). Leuven: Acco.

Manning, J. (2017). In vivo coding. *The international encyclopedia of communication research methods*. New York: Wiley-Blackwell.

Minten, D. (2019, 2 mei). ‘Semenya wordt gestraft voor iets waar ze niets aan kan doen’. *De Standaard*, Retrieved 02/03/20 from https://www.standaard.be/cnt/dmf20190501_04366988

Minto, C. L., Liao, L. M., Woodhouse, C. R., Ransley, P. G., & Creighton, S. M. (2003). The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a cross-sectional study. *The Lancet*, *361*, 1252-1257.

Mortelmans, D. (2017). Het kwalitatief onderzoeksdesign. In Decorte, T. & Zaitch, D. (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*, (pp. 82-130). Leuven: Acco.

Motmans, J., & Longman, C. (2017). Wat maakt het verschil? Een genderkritisch perspectief op het thema intersekse. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *41*(2), 68–77.

Muylle, N. (2020, februari). Verwelkoming en inleiding. In Minister N. Muylle, *Colloquium Intersekse Personen*, georganiseerd door Cel Gelijke Kansen (FOD Justitie), Brussel.

NNID. (2017). *Strategisch plan 2018-2022*. Nijmegen, Nederland: Stichting NNID.

Noor, K. B. M. (2008). Case study: A strategic research methodology. *American journal of applied sciences*, *5*(11), 1602-1604.

OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, & WHO. (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement*. WHO Press.

OHCHR. (n.d.). *Fact Sheet Intersex*. United Nations.

OII Europe. (2018). *WHO publishes ICD-11 – and no end in sight for pathologisation of intersex people*. Retrieved 11/11/19 from <https://oiieurope.org/who-publishes-icd-11-and-no-end-in-sight-for-pathologisation-of-intersex-people/>

Salmons, J. (2010). *Online interviews in real time*. Thousand Oaks: Sage.

Staring, R., & van Swaaningen, R. (2017). Kwalitatief onderzoek en criminologische theorie. Over de relatie tussen theorie, onderzoeksvragen en methode. In Decorte, T. & Zaitch, D. (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*, (pp. 33-74). Leuven: Acco.

Steenhout, I. (2017). Kwalitatief onlineonderzoek. In Decorte, T. & Zaitch, D. (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*, (pp. 417-462). Leuven: Acco.

Sullivan, N. (2007). “The Price to Pay for our Common Good”: Genital Modification and the Somatechnologies of Cultural (In)Difference. *Social Semiotics*, 17(3), 395-409.

Tellis, W. M. (1997). Introduction to case study. *The qualitative report*, 3(2), 1-14.

UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. New York: UNICEF.

UZ Gent. (n.d. a.) *Als je baby geboren wordt met geslachtsdelen die er anders uit zien...* Gent: UZ Gent.

UZ Gent. (n.d. b) *CAH of Congenitale Bijnierschors Hyperplasie*. Gent: UZ Gent.

UZ Gent. (2018). *Congenitale bijnierschors-hyperplasie*. Retrieved 10/11/19 from <https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/centrum-voor-geslachtsontwikkeling/variaties-in-de-geslachtsontwikkeling/Paginas/congenitale-bijnierschors-hyperplasie.aspx>

UZ Gent, (n.d. c) *De geslachtsontwikkeling, zoals het meestal gaat...* Gent: UZ Gent.

Van der Have, M. J. (2020). *Standpunt non-consensuele niet-noodzakelijke medische behandelingen: Over de autonomie en lichamelijke integriteit van interseks kinderen*. Nijmegen, Nederland: Stichting NNID.

Verhagen, E. (2020, februari). Getuigenis. In Minister N. Muylle, *Colloquium Intersekse Personen*, georganiseerd door Cel Gelijke Kansen (FOD Justitie), Brussel.

WHO. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Switzerland: WHO Press.

WHO. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. WHO Press.

Wiesemann, C. (2010). Ethical guidelines for the clinical management of intersex. *Sexual Development*, 4(5), 300-303.

Wood, P. L. (2018). Cosmetic genital surgery in children and adolescents. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 48, 137-146.

Zainal, Z. (2007). Case study as a research method. *Jurnal Kemanusiaan*, 5(1).

8.2 Juridische bronnen

Art. 43, §1 B.W.

Art. 44, 1° B.W.

Art. 48 B.W.

Art. 22bis GW.

Art. 409 Sw.

Art. 458bis Sw.

Concluding observations on the combined fifth and sixth reports of Belgium of the Committee on the Rights of the Child (1 February 2019).

Concluding observations on the seventh periodic report of the Netherlands of the Committee against Torture (18 December 2018).

Concluding observations on the sixth periodic report of the Netherlands of the Committee on Economic, Social and and Cultural Rights (6 July 2017).

Convention of Istanbul on preventing and combating violence against women and domestic violence 2011, *Council of Europe Treaty Series*, no. 210, 11.V. 2011.

Convention on the Rights of the Child of 20 November 1989, *United Nations Treaty Series*, vol. 1577.

European convention on Human Rights 1950, *Council of Europe Treaty Series*, no. 005.

Report (14404) Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (25 September 2017), *Doc. 14404* (2017).

Resolution (2191) Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (12 October 2017), *Doc. 2191* (2017).

UN Human Rights Office. (n.d.). *Background Note on Human Rights Violations against Intersex People*.

9. Bijlagen

9.1 Respondenten over terminologie

Hier zijn enkele citaten te lezen uit interviews met respondenten over de terminologie en het belang van taal als het op dit thema aankomt.

“Vanaf dat je een terminologie gebruikt he, impliceert het vaak al een stigma.”
(respondent 4)

“Disorders of sex development... Disorders... Snap je waarom dat dat zooooo gevoelig ligt bij de interseks community... En ze hebben dat dan proberen af te zwakken in differences of sex development. Charme-offensief. Eeh, maar iedereen weet binnen de community, de activisten, weten van waar dat die eerste ‘D’ komt. Dat ze ooit gezegd hebben ‘oh hé, disorders of sex development’, pathologiserend. T’is afwijkend.” (respondent 1)

“DSD is en blijft DSD. Dit is voor ons strikt gecategoriseerd tot pathologie. DSD gaat over pathologisatie, dat gaat over hokjesdenken, dat gaat over ‘indelen in’. Dat gaat over discriminatie. Pathologie impliceert oplossen, dat is ook de toon. T’Is een variatie of iets dat fout is, je moet het corrigeren.” (respondent 3)

“Ja interseks, ehm, dat komt vooral bij onze ouders en kinderen en jongeren over alsof er de beide in zit. En dat is dan wel wat in het begin van de diagnosestelling een beetje in de war brengt. Die interseks impliceert eigenlijk dat je tussen de twee zit, en dat is natuurlijk ook een beetje verwarrend voor de ouders.” (respondent 4)

“Ehm, zeker niet interseks!” (respondent 7)

“Dan bleek eigenlijk dat personen met variaties in geslachtskenmerken de meest neutrale term was.” (respondent 5)

9.2 Interviewvragen

Inleidende vragen

- *Aan artsen:* U bent reeds bekend met DSD in het kader van uw beroep. Hoe lang voert u dit beroep al uit?

Terminologie

- Omtrent de terminologie van intersekse/DSD heerst in de academische wereld nogal wat discussie. Heeft u een voorkeur voor een bepaalde term? Waarom?
- Vindt u dat één van de twee termen, of beide termen, stigmatiserend werken?
- Kent u zelf veel mensen met deze conditie? Worden mensen met dergelijke conditie met mekaar in contact gebracht?

Ervaringen met de operaties

- *Aan ervaringsdeskundigen:* U bent hier zelf reeds geconfronteerd mee geweest.
 - Met welke vorm van DSD bent u geboren?
 - Bent u meteen naar een gespecialiseerd DSD-centrum gebracht?
 - Het DSD-centrum bestaat natuurlijk nog maar sinds kort. Hoe verliep de begeleiding vroeger indien ouders te maken kregen met een baby'tje met een intersekse conditie? Was hier überhaupt een procedure voor?
 - Hoe is de begeleiding bij u verlopen?
 - Hebben de artsen uw ouders een operatie aangeraden?
 - Heeft u verschillende operaties moeten ondergaan?
 - Weet u tot op vandaag exact wat er allemaal met u gebeurd is?
- *Aan artsen:* U wordt hier regelmatig mee geconfronteerd.
 - Met welke vormen van DSD krijgen jullie het meeste mee te maken?
 - In theorie zou een intersekse geboren baby'tje altijd naar een gespecialiseerd DSD-centrum moeten gebracht worden. Gebeurt dit in de praktijk ook altijd?
 - Zijn er nog gespecialiseerde centra in België of is dit enkel het centrum in Gent?
 - In principe wordt gewacht met een operatie tot het kindje in kwestie hier mee kan instemmen. Hiervoor wordt het gezin ook voldoende geïnformeerd over de

redenen van en gevolgen voor een operatie. Sinds wanneer en waarom is de wijziging er gekomen?

- Zijn er ouders die echt aandringen op een operatie net na de geboorte?
 - Wat gebeurt er dan? Zijn er artsen die dit uitvoeren?
 - Staat er een sanctie op indien het kindje kort na de geboorte geopereerd zou worden? Of indien het kindje niet meteen naar een DSD-centrum zou gebracht worden?
 - Vroeger bleek het wat moeilijk te zijn voor intersekse personen om hun medisch dossier in te kijken. Kunnen zij vandaag zicht krijgen op iedere procedure die ze hebben moeten ondergaan, wordt dit bijgehouden in databanken?
- *Aan respondent uit Nederland:*
 - In België is er een DSD-centrum in Gent, waar voor begeleiding gezorgd wordt voor kindjes die geboren worden met de conditie. In Nederland zijn er verschillende centra?
 - Indien een kindje geboren wordt met atypische genitaliën, bieden deze centra dan nog genitale operaties aan of worden deze altijd uitgesteld tot het kindje hier zelf mee over kan beslissen?
 - In theorie zou een intersekse geboren baby'tje altijd naar een gespecialiseerd DSD-centrum moeten gebracht worden. Gebeurt dit in de praktijk ook altijd?
 - Staat er een sanctie op indien het kindje kort na de geboorte geopereerd zou worden? Of indien het kindje niet meteen naar een DSD-centrum zou gebracht worden?

Argumenten voor en tegen de operaties

- Bestaan er situaties waarin het wenselijk lijkt om snel na de geboorte te opereren? Of is het altijd wenselijk om te wachten tot het kind hier mee over kan beslissen en voldoende over geïnformeerd is?
- Is er een meerwaarde die de operaties kunnen inhouden voor het kind (en de ouders)?

Gevolgen van de operaties

- Met welke gevolgen kreeg u/krijgen kinderen regelmatig te maken na het ondergaan van een operatie?

- Hebben er bijvoorbeeld gevolgen plaatsgevonden op psychologisch, medisch, reproductief en/of seksueel vlak?
- *Aan ervaringsdeskundigen:* Was u op voorhand op de hoogte gesteld van de mogelijke gevolgen?

Verband met vrouwelijke genitale verminking

- Bent u zich bewust van de problematiek van VGV en weet u wat dit precies inhoudt?
→ *Eventueel korte uitleg.*
- Artsen die, al dan niet in een ziekenhuis, een meisje laten verminken riskeren een gevangenisstraf. Vindt u dit een gepaste straf?
- Vindt u dat artsen die een medisch niet-noodzakelijke genitale operatie van een pasgeboren baby'tje met intersekse conditie uitvoeren zonder toestemming van het kind in kwestie, bestraft moeten worden?
- Dienen we deze artsen op eenzelfde manier te benaderen? Met eenzelfde straf?
- Ouders die hun dochtertje op jonge leeftijd laten verminken riskeren een gevangenisstraf. Vindt u dit een gepaste straf?
- Vindt u dat ouders die aandringen op een genitale operatie van hun pasgeboren baby'tje met intersekse conditie bestraft moeten worden?
- Dienen we deze ouders op eenzelfde manier te benaderen? Met eenzelfde straf?
- Er zijn reeds wat onderzoeken gepubliceerd die een mogelijk verband tussen VGV en operaties bij intersekse personen aankaarten. Beide praktijken houden namelijk schendingen in van enkele mensenrechten en vertonen enkele gelijkaardige beweegredenen en gevolgen. Zo vormt de esthetische norm een belangrijk argument voor VGV én voor het uitvoeren van operaties bij intersekse kinderen. Ook het vermijden van stigmatisering in de samenleving wint aan belang voor beide praktijken. Daarnaast kunnen de ingrepen ernstige gevolgen teweegbrengen op psychologisch, seksueel, reproductief en medisch vlak. Bent u van mening dat operaties bij intersekse personen onder eenzelfde noemer kunnen vallen? Kunnen we bijvoorbeeld zomaar spreken over 'genitale verminking'?

Eventuele strafbaarstelling van de operaties

- Zijn er volgens u nadelen verbonden aan strafbaarstelling van medisch niet-noodzakelijke operaties bij intersekse kinderen? Of kunnen er bepaalde problemen opduiken?
 - Bijvoorbeeld, wanneer is een ingreep medisch noodzakelijk? Waar ligt hier de grens en tot waar reikt de discretionaire ruimte van artsen?
 - Moeten hier dan ook andere zaken in betrokken worden, zoals medisch niet-noodzakelijke behandelingen, zoals hormoonbehandelingen, aangezien een kind op die manier eveneens in een bepaalde richting geduwd wordt?

Binariteit rechtssysteem

- Vandaag is de binaire normativiteit eigen aan het rechtssysteem, waarbij de norm luidt dat iemand man of vrouw is, iets ertussen bestaat niet. De realiteit blijkt wellicht complexer in mekaar te zitten. De tweezijdige indeling van het rechtssysteem duwt de samenleving dan ook in de richting van de normalisering van de operaties. Zo moet een kindje ten laatste drie maanden na de geboorte een geslacht toegewezen krijgen. Bent u van mening dat het tijd is om deze tweezijdige indeling van geslachten te doorbreken?
- Zijn hier nadelen aan verbonden? Bijvoorbeeld, bij het invoeren van een derde optie 'X'?

Tot slot

- Veel mensen weten niet wat intersekse/DSD inhoudt, laat staan dat ze mensen kennen met deze conditie. Wat betreft u en hoe vindt u dat we hierover kunnen sensibiliseren naar de bevolking toe?
 - Waar moet zeker aan gedacht worden en dient betrokken te worden
 - Waar moet mee opgepast worden?
- Zijn er volgens u nog andere gelijkaardige praktijken die een kritische analyse vereisen, zoals genitale cosmetische ingrepen en mannenbesnijdenissen?

9.3 Informed consent



Gent, maart 2020

Onderzoek naar operaties bij intersekse kinderen INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij,

- dat ik op de hoogte ben van het doel en de aard van het onderzoek
- dat ik vrijwillig deelneem aan het onderzoek, wat inhoudt dat ik mijn deelname op ieder moment kan stoppen
- dat ik toestemming geef om het interview via een recorder op te nemen
- dat ik toestemming geef om mijn resultaten op een vertrouwelijke manier te bewaren en verwerken en anoniem te rapporteren

Gelezen en goedgekeurd op (datum)

De deelnemer,

..... (handtekening)

9.4 Informatiebrief



Gent, februari 2020

Geachte mevrouw/heer,

Ik ben Jackelien Ackx, masterstudent Criminologische Wetenschappen aan de Universiteit Gent. In het kader van mijn masterproef over operaties bij intersekse personen contacteer ik u. Voor mijn onderzoek zou ik namelijk graag diepte-interviews afnemen en ben ik vervolgens op zoek naar enkele respondenten met enige ervaring of kennis omtrent dit onderwerp.

Het idee van de masterproef komt uit de veronderstelling dat de westerse wereld zich via internationale verdragen en nationale actieplannen radicaal inzet voor de strijd tegen vrouwelijke genitale verminking en hierbij *zero-tolerance policy* hanteert. Toch richt deze veroordeling van de praktijk zich in principe altijd tegen bepaalde etnische groepen, en wordt de eigen cultuur in mindere mate in vraag gesteld. Ook bij ons bestaan immers gelijkaardige gebruiken die vraagtekens doen oproepen, zoals operaties bij intersekse kinderen. Het doel van dit onderzoek is om de operaties in vergelijking te brengen met vrouwelijke genitale verminking en de (strafrechtelijke) aanpak van deze twee fenomenen in België eventueel op mekaar af te stemmen. Hiervoor zal gepeild worden naar attitudes, meningen en percepties ten aanzien van bepaalde (culturele) normen die heersen in de samenleving.

Via deze manier wil ik u dan ook vragen of u bereid bent om mee te werken aan de totstandkoming van mijn masterproef. De gegevens zullen verzameld worden aan de hand van kwalitatieve interviews van 45 minuten tot twee uur. Hiervoor ben ik op zoek naar personen met een expertise, grondige kennis en/of ervaringen omtrent dit onderwerp. Deelname is geheel vrijwillig en de resultaten worden bovendien volledig geanonimiseerd. Antwoorden

worden altijd gecodeerd en uw naam of andere gegevens zullen nooit terug te vinden zijn in de rapportage. Enkel ik en mijn promotor hebben zicht op deze gegevens. Net voor het interview wordt u hier nog eens over geïnformeerd en wordt u tevens gevraagd om een *informed consent* te tekenen. Indien u wenst deel te nemen of iemand kent die dit zou zien zitten, zou dit een enorme hulp zijn voor mijn onderzoek!

Voor verdere informatie of vragen kan u mij altijd contacteren via:

Jackelien.Ackx@UGent.be

Dank bij voorbaat!

Met vriendelijke groeten,

Jackelien Ackx

Masterstudent Criminologische Wetenschappen UGent

9.5 Data Management Plan

Data Management Plan Thesis

Generic DMP +

Admin Details

Project Name: Data Management Plan Thesis - Generic DMP +

Principal Investigator / Researcher: Jackelien Ackx

Description: Operaties bij intersekse kinderen: de norm of een vorm van genitale verminking? Een kwalitatief onderzoek met als centrale onderzoeksvraag: welke aanbevelingen kunnen gedaan worden om te voorzien in een beleid van operaties bij intersekse kinderen in België, indien dit vergeleken wordt met (de aanpak van) VGV?

Institution: Ghent University

Administrative Data

Date of first version

4 mei 2020

Date of last update

14 mei 2020

Data Collection

What data will you collect or create?

De (primaire) data van dit onderzoek bestaan uit transcripts, audiofragmenten, interviewvragen, een codeerbestand en gescande *informed consents*. De transcripts, interviewvragen en het codeerbestand zijn uitgetypt in Microsoft Word.

Qua omvang gaat het om een achttal interviews. De data zal groeien in de periode van eind februari tot half april.

How will the data be collected or created?

Alle kwalitatieve interviews zullen opgenomen worden met een dictafoon op mijn gsm en worden vervolgens volledig uitgetypt. Interviews worden van mekaar onderscheiden door een nummer, wat gebaseerd is op de volgorde waarin de interviews verlopen zijn. Zo bestaan data van respondent 1 uit 'transcript1', 'scanIC1' en 'int1audio'.

Data Documentation and Metadata

How will you document the data?

Documentatie van data gebeurt door het afleggen van interviews en de opname ervan uit te typen. Nadien worden deze data gecodeerd in een apart Word-document op basis van verschillende codes, waaronder bijvoorbeeld *in vivo codes*. Deze documenten worden vervolgens bewaard in een map (online en op mijn computer) genaamd 'masterproef', waarbinnen deelmappen bestaan zoals 'interviews', '*informed consents*' et cetera.

Metadata zijn niet van toepassing voor dit onderzoek en worden dan ook niet bewaard.

Ethical and Legal Issues

How will you manage any ethics and confidentiality issues?

Voor ieder interview is een *informed consent* ondertekend door de respondent in kwestie, waarin vermeld staat dat interviews anoniem gebeuren. Verder kunnen respondenten op ieder moment hun deelname stopzetten en zijn ze geïnformeerd over de doeleinden. Hiermee wordt ook toestemming gegeven om het interview op te nemen en op een vertrouwelijke wijze te rapporteren. De inhoud van de *informed consent* wordt nogmaals herhaald aan de start van het interview zelf.

Namen worden daarnaast nooit opgenomen in transcripts, hier wordt altijd verwezen naar R1 (respondent 1), R2 et cetera. Een concrete legende is hier niet van, aangezien ik uit mijn hoofd weet in welke volgorde de respondenten geïnterviewd zijn.

How will you manage intellectual property rights issues?

Dit is niet van toepassing voor dit onderzoek.

Data Storage and Backup during Research

How will you store and backup data during research?

Nadat een interview is afgelegd, wordt de opname ervan uit de dictafoon-app meteen verstuurd naar mijn UGent-mail. Vervolgens wordt deze mail geopend op mijn computer en wordt het audiofragment opgeslagen in een map op de computer.

Daarnaast wordt de opname online bewaard op onedrive.ugent.be en op mijn UGent-mail. Als mijn computer of gsm zou crashen, is de data dus recupereerbaar.

De opname blijft bovendien nog even in de dictafoon-app staan, tot het masterproefonderzoek afgelopen is. Zo staat het eveneens opgeslagen op mijn gsm.

How will you ensure that stored data are secure?

Mijn computer is beveiligd met een wachtwoord en mijn gsm eveneens met een cijfercode. Indien deze voorwerpen dus in handen zouden komen van iemand anders, kunnen zij niet meteen aan de data. Deze computer wordt daarnaast enkel door mij gebruikt. Het risico dat een computer of gsm kwijtgespeeld of gestolen zou worden, leeft natuurlijk altijd. De coronacrisis zorgt er wellicht voor dat het huis bijna niet meer verlaten wordt, waardoor de kans op diefstal of verlies verkleint.

Niettemin is een ander risico dat de computer of gsm gehackt zou worden. Bovendien zijn gevaren verbonden aan het online opslaan, bijvoorbeeld een hacking van de UGent-server.

Data Selection and Preservation after Research

Which data should be retained for preservation and/or sharing?

Audiofragmenten die zich op de dictafoon-app op mijn gsm bevinden, worden sowieso verwijderd na het indienen van de masterproef. Andere documenten die zich bevinden op de online UGent-schijf en op mijn computer worden nog even bewaard voor zolang vereist is van UGent zelf. Volgens de UGent-website is dit voor een periode van 5 jaar (<https://www.ugent.be/en/research/datamanagement/after-research/preservation.htm>).

Het is daarnaast niet de bedoeling dat de transcripts en audiofragmenten op enige manier gedeeld zouden worden. Deze worden enkel bijgehouden voor het geval dat UGent hier zou om vragen na het indienen van de masterproef.

What is the long-term preservation plan for the selected datasets?

Data die van UGent tijdelijk bewaard moeten worden, bewaar ik in een aparte map op mijn computer. Deze documenten zullen tevens op een stick worden gezet en voor die tijdsperiode bewaard worden.

Data Sharing

Are any restrictions on data sharing required?

Ruwe data worden in principe niet gedeeld, tenzij de promotor hier zou om vragen. Een eerste versie van de masterproef wordt bovendien voorgelegd aan de respondenten, om onder meer na te gaan of de resultaten voldoende geanonimiseerd zijn.

How will you share data selected for sharing?

In eerste instantie dient de masterproef enkel om het diploma Criminologische Wetenschappen te behalen. Delen is dan ook niet van toepassing.

Responsibilities and Resources

Who will be responsible for data management?

De enigste persoon die verantwoordelijk is voor data management ben ikzelf.

Will you need additional resources to implement your DMP?

Geen andere bronnen zijn nodig.

GDPR section: Collection and processing of data

1. Are you collecting or processing personal data?

- Yes

Voorbeelden van persoonlijke data die verzameld worden zijn namen, beroepen, namen van ziekenhuizen et cetera.

2. Are you collecting or processing primary personal data and/or secondary personal data?

- Primary personal data

In dit onderzoek worden enkel primaire data verzameld.

3. If you are processing secondary personal data, will you inform the persons whose personal data are being processed or have they already been informed?

- No

Dit is niet van toepassing in dit onderzoek.

4. If no, explain why it is impossible or why it would take a disproportionate effort to inform the persons whose personal data are being processed.

Dit is niet van toepassing in dit onderzoek.

GDPR section: Categories of personal data & data subjects

5. Are you collecting/processing any of the following special categories of data?

- Data revealing racial or ethnic origin, political opinions, religious or philosophical beliefs, or trade union memberships
- Data concerning health (physical and mental health), an individual's sex life, or an individual's sexual orientation

Filosofische bedenkingen werden verzameld, in de zin dat deze breed geïnterpreteerd worden. Er werd bijvoorbeeld gepeild naar het al dan niet voorstander zijn van een verbod op operaties bij intersekse kinderen.

Bij enkele respondenten werd hun gezondheid ook bevraagd. Bovendien werd met een respondent het effect van genitale chirurgische ingrepen op het seksueel functioneren besproken.

6. Which other categories of personal data are you collecting/processing?

- Personal characteristics (age, gender, date of birth, marital status, nationality...)
- Occupation and profession
- Audio and video recordings

Bij bepaalde respondenten werd de genderidentiteit besproken. Ook werd de leeftijd soms aangehaald. Beroepen kwamen tevens naar voren. Daarnaast zijn opnames van interviews bewaard.

7. Whose personal data are you collecting/processing?

- Others (please specify below)

De respondenten waren allemaal meerderjarig.

8. Will your research be seriously hampered if the persons whose personal data are being collected/processed exercise their right to access, to rectification, to restriction of processing, to be forgotten, to data portability and/or to object?

- No

9. If yes, please justify the need to deviate from one or more of the rights mentioned in question 8. A justification is required for each deviation.

Niet van toepassing.

GDPR section: Purpose(s) of the processing

10. What is/are the purpose(s) of the personal data processing?

De persoonlijke data worden verwerkt om een antwoord te geven op de onderzoeksvragen in de masterproef.

11. What is the legal ground for the processing? If the data are being processed for multiple purposes, you must describe the legal ground for each purpose.

De respondenten hebben hun toestemming gegeven (via een *informed consent* en voorafgaand aan het interview) om hun data te gebruiken voor de analyse van de resultaten. Achteraf is tevens een uitgeschreven versie van de masterproef doorgestuurd naar iedere respondent om eventueel nog opmerkingen te formuleren.

GDPR section: GDPR responsibility

12. Is there another university, research institute or partner involved in the research (besides Ghent University)?

- No: UGent is the sole data controller.

13. If yes, please specify who determines the purposes ('why') and the means ('how') of the research.

Niet van toepassing.

GDPR section: Data transfers & categories of recipients

14. Are you disclosing/sharing/transferring personal data beyond your department, either with recipients in UGent or UZ Gent, or with external recipients?

- No

15. If yes, to or with which categories of recipients are the personal data being disclosed/shared/transferred?

16. If yes, where are the personal data being disclosed/shared/transferred to?

17. What is/are the purpose(s) of the data transfer?

18. What is the legal ground for the data transfer? If there will be multiple data transfers, you need to indicate the legal ground for each data transfer.

GDPR section: Retention period

19. What is the envisaged retention period for the different categories of personal data? Please motivate.

De transcripts, het codeerbestand en audiofragmenten worden 5 jaar bewaard, aangezien dit door UGent gevraagd wordt.

GDPR section: Risk analysis

20. To analyse the possible risks associated with the processing of personal data, please tick the boxes that apply to this research.

21. Does the research constitute a probable high-risk processing? If you ticked two or more boxes in question 20, the answer is 'yes'.

- No

22. If yes, explain why the processing is necessary to achieve the purposes of the research.

23. If yes, provide more details for any of the risks that you have ticked in question 20.

GDPR section: Security measures

24. What technical and organisational security measures are in place to protect personal data?

- I hereby confirm that I carry out my research in accordance with the information security policy of UGent.

25. If you answered 'yes' to question 21 (which means that your research constitutes a probable high-risk processing), indicate whether the security measures taken are sufficient to protect the rights and freedoms of the people whose data you collect/process.

26. If you have motivated the need to deviate from one or more of the rights of the persons whose personal data you are collecting/processing in question 8 and 9, please describe which safeguards are put in place to protect their rights and freedoms.