

BEKNOPTE VERSIE ONDERZOEKSRAPPORT FEMALE GENITAL MUTILATION
IN THE NETHERLANDS – PREVALENCE, INCIDENCE AND DETERMINANTS



Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland

Omvang, risico en determinanten

Marja Exterkate

Colofon

© Januari 2013, Pharos, Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd worden en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Dit onderzoek is uitgevoerd door Pharos in samenwerking met de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum, en is mogelijk gemaakt met financiering van het Ministerie van VWS.

Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland. Omvang, risico en determinanten is een beknopte versie van het onderzoeksrapport *Female Genital Mutilation in the Netherlands: prevalence, incidence and determinants*.

Auteur

Marja Exterkate

Pharos
Arthur van Schendelstraat 620
Postbus 13318
3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00
E-mail info@pharos.nl
www.pharos.nl

Inhoud

1.	Aanleiding en doel van het onderzoek.....	4
2.	Vrouwelijke genitale verminking (vgv).....	5
3.	Onderzoeksmethoden.....	6
4.	Determinanten van vgv.....	7
4.1	Determinanten m.b.t. vgv in herkomstlanden.....	7
4.2	Determinanten m.b.t. risico op vgv in immigratielanden.....	7
5.	Operationalisering van determinanten t.b.v. schattingen vgv in Nederland.....	9
6.	Schattingen van het aantal vrouwen met vgv en meisjes met risico op vgv in Nederland.....	11
6.1	Onderzoekspopulatie.....	11
6.2	Schatting van het aantal vrouwen dat besneden is.....	12
6.3	Schatting van het aantal meisjes dat een risico op besnijdenis loopt.....	14
6.4	Mogelijkheden voor monitoren van vgv prevalentie en incidentie.....	18
7.	Conclusies.....	19

1. Aanleiding en doel van het onderzoek

Sinds de jaren '90 wonen er in Nederland vrouwen en meisjes, die geëmigreerd zijn uit landen waar vrouwelijke genitale verminking (vgv) - of meisjesbesnijdenis - gepraktiseerd wordt.

In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht valt vrouwelijke genitale verminking onder opzettelijke mishandelingdelicten en onder het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. Genitale verminking van minderjarige meisjes is een bijzondere vorm van kindermishandeling en wordt als zodanig behandeld. Daarom zijn hier sinds de jaren negentig verschillende activiteiten ontplooid en is er beleid ontwikkeld om vgv te voorkómen (preventie en repressie) en medische en psychosociale zorg aan besneden vrouwen te bieden.

Een goed beeld van de omvang van vgv in Nederland ontbreekt echter tot nu toe. Volgens een schatting van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005), op basis van een beperkt onderzoek met vragenlijsten bij zorgverleners en scholen in twee grote steden, zouden jaarlijks ten minste 50 in Nederland woonachtige meisjes worden besneden. In een retrospectief onderzoek in verloskundigenpraktijken in 2008 (TNO) is aan verloskundigen gevraagd hoe vaak zij een besneden vrouwen hebben gezien. Het onderzoek geeft aan dat 4 op de 10 zwangere vrouwen afkomstig uit landen waar van oudsher vgv voorkomt, zijn besneden. Beide onderzoeken moeten met voorzichtigheid worden gehanteerd, omdat het eerste onderzoek op basis van summier gegevens is gedaan en het tweede onderzoek op basis van herinneringen.

Om een goed onderbouwde schatting en een totaalbeeld te krijgen van de omvang van vgv in Nederland heeft Pharos in 2012, i.s.m. de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum, en met financiering van het Ministerie van VWS onderzoek verricht naar:

- ✓ het totaal aantal vrouwen in Nederland in 2012 dat besneden is (prevalentie),
- ✓ het aantal meisjes in Nederland in 2012 dat risico loopt om besneden te worden (incidentie).

De resultaten van deze schatting kunnen meer houvast geven bij het bepalen van beleid ten aanzien van preventie, melding, opsporing en vervolging, en medische & psychosociale zorg. Tevens biedt de schatting een uitgangspunt bij het monitoren van de voortgang van het vgv beleid.

Definities

1^e generatie: Persoon die in het buitenland is geboren met ten minste één in het buitenland geboren ouder (*eerstegeneratieallochtoon definitie van het CBS*).

2^e generatie: Persoon die in Nederland is geboren met ten minste één in het buitenland geboren ouder (*tweedegeneratieallochtoon definitie van het CBS*).

Prevalentie vgv: Percentage nieuwe en bestaande vgv gevallen in een bepaalde periode in een bepaalde populatie. Prevalentie vgv in Nederland is een maat voor aanwezigheid van vgv in Nederland.

Incidentie vgv: Percentage nieuwe vgv gevallen in een bepaalde periode in een populatie die het risico loopt besneden te worden. Incidentie vgv in Nederland is een maat voor risico op nieuwe vgv gevallen in Nederland.

2. Vrouwelijke genitale verminking (vgv)

Vrouwelijke genitale verminking (vgv) - of meisjesbesnijdenis - wordt gedefinieerd als het zonder medische noodzaak gedeeltelijk of volledig verwijderen van de uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen of het aanbrengen van ander letsel aan de vrouwelijke geslachtsorganen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) onderscheidt verschillende typen, variërend van een gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en/of voorhuid, tot het volledig verwijderen en het aan elkaar hechten van de schaamlippen, waardoor de vaginale opening vernauwd wordt, of het anderszins beschadigen van de vrouwelijke geslachtsorganen met bijvoorbeeld prikken, kerven, schrapen en wegbranden.

Volgens de WHO zijn er wereldwijd 100 tot 140 miljoen meisjes en vrouwen besneden en lopen er jaarlijks 3 miljoen meisjes het risico om besneden te worden (WHO, 2008). VGV vindt meestal plaats in de leeftijd van 4 tot 12 jaar, maar in een aantal culturen wordt al een paar dagen na geboorte besneden of net voor een huwelijk. Het gebruik komt voor in ten minste 27 Afrikaanse landen, Jemen en de Koerdische autonome regio in Noord Irak. Door emigratie uit landen waar vgv van oudsher gepraktiseerd wordt, wordt ook de Westerse samenleving met vgv geconfronteerd.

VGV kan tot lichamelijke, psychosociale en seksuele problemen leiden. Tijdens en direct na de ingreep kan er sprake zijn van extreme pijn, urineklachten, overmatig bloedverlies, shock en zelfs overlijden. Op langere termijn kunnen er menstruatiekklachten optreden, evenals urineweginfecties, subfertiliteit, ernstige littekenvorming, huidcysten en obstetrische & gynaecologische complicaties. Mogelijke psychosociale en seksuele gevolgen zijn o.a. angst voor seksualiteit, depressie of posttraumatische stresstoornis.

Ouders hebben een palet aan redenen om hun dochters te laten besnijden. Deze variëren per land en regio, van traditie en religieus veronderstelde plicht tot het beschermen van maagdelijkheid, schoonheid en hygiëne. Vaak worden meisjes besneden tijdens een '*rite de passage*', waarin de besnijdenis de overgang van kind-zijn naar volwassenheid symboliseert. Onderliggende motieven zijn het beschermen van meisjes, het behouden van hun huwbaarheid en het handhaven van de status van de familie. VGV kan worden gezien als een sociale norm: een ongeschreven gedragsregel die mensen naleven, in de overtuiging dat anderen verwachten dat ze die volgen. Het 'niet-besneden zijn' stigmatiseert en isoleert meisjes en hun families en zorgt voor verlies van sociale status in de gemeenschap. Door sociale druk van familie en '*peers*' zijn ouders er van overtuigd dat besnijdenis voor hun dochter het beste is. Het willen voldoen aan deze sociale norm is zo diep geworteld dat ouders hun dochter soms tegen de eigen wil in laten besnijden.

3. Onderzoeksmethoden

Om het aantal vrouwen in Nederland dat een besnijdenis heeft ondergaan en het aantal meisjes in Nederland dat risico loopt op een besnijdenis te schatten, zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt.

Het oorspronkelijke voorstel, een representatieve survey onder vrouwelijke immigranten in Nederland, is voorgelegd aan een internationale groep van experts. Tijdens de discussie kwam een aantal dilemma's aan de orde: hoe krijgt men betrouwbare informatie over een heikel onderwerp, dat ook nog strafbaar is?, kan men van interviewers verwachten dat ze weten om te gaan met emoties die bij respondenten los kunnen komen?, hoe zorgt men dat na het trekken van een representatieve steekproef onder deze bevolkingsgroepen er voldoende opkomst is om een representatief beeld te krijgen van vgv?

Naar aanleiding van deze expertmeeting is er gekozen voor een alternatieve aanpak. Voor het schatten van de prevalentie van vgv in Nederland is een *review* van bestaande literatuur uitgevoerd en gebruik gemaakt van surveygegevens in landen van herkomst. Voor deze benadering is gekozen omdat voor veel vrouwen besnijdenis al in het land van herkomst heeft plaatsgevonden, vóór aankomst in Nederland. Voor het schatten van het risico dat jonge meisjes in Nederland lopen, is aanvullende informatie uit focusgroep discussies en registraties bij de Jeugdgezondheidszorg en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling verkregen.

De volgende onderzoeksmethoden zijn toegepast:

- a. Systematische review van de wetenschappelijke literatuur over leeftijdsspecifieke incidentie en prevalentie en de determinanten die daaraan ten grondslag liggen, met als doel meer inzicht te krijgen in welke determinanten leiden tot variaties in vgv tussen verschillende gemeenschappen wereldwijd. Om de review af te bakenen, is gezocht naar artikelen met kwantitatieve gegevens over prevalentie en incidentie. In een systematische review, die is uitgevoerd in samenwerking met het Erasmus MC in Rotterdam, zijn uiteindelijk 62 artikelen geselecteerd. De uitgebreide resultaten daarvan zullen worden weergegeven in een wetenschappelijk artikel. De verkregen informatie is in het onderzoeksrapport gebruikt om de omvang van de vgv problematiek in Nederland te schatten en om aanknopingspunten te vinden voor maatwerk interventies tegen vgv in de wat herkomst betreft verschillende doelgroepen in Nederland.
- b. Focusgroep discussies om informatie over sociale druk en risico op besnijdenis in Nederland te verkrijgen. Er zijn vier focusgroep discussies met vrouwen en mannen uit de doelgroep gevoerd: één met Somalische en Eritreese vrouwen, één met Somalische vrouwen, één met vrouwen afkomstig uit Sierra Leone en één groep met Somalische en Egyptische mannen.
- c. Schatting van het aantal vrouwen in Nederland dat besneden is en het aantal meisjes in Nederland dat risico op besnijdenis loopt, op basis van secundaire data:
 - o Gegevens uit de nationale *Demographic and Health Surveys (DHS)* en *Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)* over vgv prevalentie in landen van herkomst.
 - o Gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over vrouwelijke migrantenpopulatie in Nederland in 2012, afkomstig uit landen waar van oudsher vgv gepraktiseerd wordt (leeftijd, 1^e en 2^e generatie, geboorteplaats, verblijfsduur).
 - o Gegevens van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) over asielzoeksters in de opvang in Nederland in 2012, afkomstig uit landen waar van oudsher vgv gepraktiseerd wordt (leeftijd, land van herkomst).
 - o Gegevens van de Jeugdgezondheidszorg (GGD'en) en het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (Jeugdzorg Nederland) over risico-inschatting vgv in Nederland.

4. Determinanten van vgv

Nationale cijfers over vgv prevalentie zijn beschikbaar voor 27 Afrikaanse landen, Jemen en de Koerdische autonome regio in Noord Irak. Het aandeel vrouwen dat in een land besneden is, varieert van 1% (o.a. Kameroen, Uganda) tot meer dan 95% (o.a. Somalië, Guinee). Uit de literatuur blijkt dat vgv prevalentie zelfs binnen sommige landen varieert tussen 1% tot 99%. Ook het moment van besnijden verschilt sterk: van direct na geboorte tot de leeftijd van 17 jaar. Wat bepaalt al die verschillen en welke determinanten - of risicofactoren - liggen hieraan ten grondslag? Inzicht hierin is belangrijk om aanknopingspunten te vinden voor het ontwikkelen van interventiestrategieën.

4.1 Determinanten m.b.t. vgv in herkomstlanden

Vanuit interventieperspectief kunnen determinanten worden onderverdeeld in veranderbare en onveranderbare determinanten. Veranderbare determinanten kunnen bij verandering de prevalentie van vgv beïnvloeden. Onveranderbare determinanten zijn belangrijk om de risicobevolking te kunnen identificeren. In principe kunnen zowel veranderbare als onveranderbare determinanten aanknopingspunten voor interventieprogramma's bieden.

In de systematische review zijn de volgende veranderbare determinanten gevonden: opleidingsniveau, welvaartsniveau en werkstatus van de moeder, en het opleidingsniveau van de echtgenoot. Onveranderbare determinanten die gevonden zijn, zijn leeftijd van de moeder, vgv status van de moeder, religie, urbanisatie, etniciteit en geografische regio of provincie waar de familie woont.

In tegenstelling tot de algemeen heersende veronderstellingen, blijkt de relatie tussen de determinanten en vgv prevalentie sterk te variëren tussen gemeenschappen, en zijn dus niet eenduidig. Soms komt vgv vooral voor onder moslims of laag opgeleiden of op het platteland, elders vooral onder christenen of hoogopgeleiden of in de stedelijke gebieden. Ook welvaartsniveau toont geen eenduidige relatie met vgv prevalentie.

Over het algemeen bestaat er wel een duidelijke relatie tussen leeftijd en vgv prevalentie: meestal is de gevonden vgv prevalentie onder vrouwen van 15-19 jaar lager dan onder vrouwen van 45-49 jaar, hoewel ook daar uitzonderingen op zijn. De review wijst ook uit dat vgv verschilt tussen etnische groepen en de provincie of regio van herkomst. Ook komt duidelijk naar voren dat het besluit om dochters te besnijden geen individuele beslissing is, maar een collectieve. Verder kan worden opgemerkt dat besneden meisjes altijd een besneden moeder hebben, en er dus een positieve relatie bestaat tussen vgv status van de moeder en die van haar dochter. De invloed van wetgeving op de praktijk van vgv in herkomstlanden is moeilijk vast te stellen wegens gebrek aan inzicht in de trends in vgv over de tijd.

4.2 Determinanten m.b.t. risico op vgv in immigratielanden

We hebben zes kwantitatieve studies gevonden met daarin informatie over prevalentie vgv in een migratiecontext (Nederland en twee studies in Zweden) of over het aantal vrouwen met waarschijnlijk vgv en het aantal meisjes dat mogelijk risico loopt om besneden te worden (België, Zwitserland, Verenigde Staten).

Daarnaast zijn er vier kwalitatieve studies gevonden over de veranderde percepties van vrouwen op vgv na emigratie (Israël, Noorwegen, Zweden, Engeland). Uit deze artikelen komt naar voren dat deze veranderde percepties te maken hebben met de toegenomen kennis van de gezondheidsproblemen als gevolg van vgv, kennis over het feit dat vgv het seksuele genot kan bemoeilijken, de mogelijkheid voor vrouwen om economisch onafhankelijk te zijn, het feit dat vrouwen rechten hebben en er andere normen heersen ten aanzien van seksualiteit, huwelijk en religie. Percepties zijn ook veranderd

doordat in Westerse landen het individu belangrijker gevonden wordt dan de gemeenschap en dat mannen vaker zeggen een relatie te willen met niet besneden vrouwen vanwege het seksuele genot. Verder speelt een belangrijke rol dat vgv in het nieuwe land geen norm meer is en niet geassocieerd wordt met sociale status, en het zo makkelijker is de sociale druk om dochters te besnijden te weerstaan. Ten slotte is de *enabling environment* gunstig voor het niet-besnijden: strenge wetgeving, handhaving en kindbeschermingsmaatregelen.

Het is belangrijk te realiseren dat deze veranderingen in percepties al in landen van herkomst in gang gezet kunnen zijn, door anti-vgv campagnes daar. Zo blijkt o.a. uit een studie in Engeland dat een groot deel van de Somalische vrouwen, die voor de leeftijd van besnijdenis naar Londen zijn gekomen, niet besneden is.

De studies concluderen dat door bovenstaande veranderende percepties kinderen van immigranten (2^e generatie) weinig risico lopen op een besnijdenis. Dat neemt niet weg dat als mensen de sociale druk kunnen weerstaan, en daarmee het risico op vgv aanzienlijk kleiner wordt, er andere zorgen ontstaan: Wat te doen als je met je onbesneden dochter op bezoek gaat naar je familie in het land van herkomst? Zijn ouders dan nog steeds in staat om hun dochters te beschermen? Hoe zal een onbesneden meisje zich gedragen als ze opgroeit? De traditionele gedachte is immers dat een meisje beschermd wordt door de besnijdenis.

5. Operationalisering van determinanten t.b.v. schattingen vgv in Nederland

Op basis van de review is een selectie gemaakt van determinanten die invloed kunnen hebben op het aantal in Nederland wonende vrouwen met vgv en het aantal in Nederland woonachtige meisjes dat risico loopt op vgv.

Schattingen zijn gemaakt op basis van enerzijds gegevens uit herkomstlanden over leeftijdsspecifieke prevalentie in regio's van herkomst en leeftijd waarop wordt besneden, en anderzijds gegevens uit Nederland over het aantal vrouwen uit die herkomstlanden.

De bronnen die gebruikt zijn voor de landen van herkomst, zijn de *Demographic and Health Surveys* (DHS) en *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS). Dat zijn nationaal representatieve huishoudsurveys, waarin - indien van toepassing - modules over vgv zijn opgenomen. Deze zijn gebruikt, omdat de gegevens onderling vergelijkbaar zijn. Voor de Koerdische autonome regio in Noord Irak is een andere bron gebruikt (WADI). Gekeken is naar informatie over vgv uit recente surveys uit landen waar landelijk representatieve cijfers over vgv bekend zijn (de 'landenlijst' van WHO): Benin, Burkina Faso, Centraal-Afrikaanse Republiek, Djibouti, Egypte, Eritrea, Ethiopië, Gambia, Ghana, Guinee, Guinee-Bissau, Ivoorkust, Jemen, Kameroen, Kenia, Liberia, Mali, Mauritanië, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, (Noord)Soedan, Somalië, Tanzania, Togo, Tsjaad, Uganda. Naast deze 28 landen, zijn er ook gegevens bekend over vgv in de Koerdische autonome regio in Noord Irak, en deze zijn dan ook meegenomen.

Gegevens over de geregistreerde vrouwelijke bevolking in Nederland op 1-1-2012, afkomstig uit deze 29 landen, komen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gegevens zijn beschikbaar naar o.a. leeftijd, 1^e en 2^e generatie, geboorteplaats, verblijfsduur in Nederland. Het aantal vrouwelijke asielzoekers in de opvang op 1-1-2012, afkomstig uit de 28 landen van de WHO lijst, is afkomstig van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). Irak is uit de lijst van asielzoekers gelaten, omdat geen gegevens verkregen zijn over het aantal Iraakse asielzoekers uit de Koerdische autonome regio.

In de statistieken is het aantal Eritreeërs in Nederland ondergerapporteerd, omdat immigranten uit Eritrea tot 1993 (onafhankelijkheid) werden geregistreerd als afkomstig uit Ethiopië. In de berekeningen voor aantallen vrouwen met vgv en het aantal meisjes dat risico loopt op vgv is daarom het aantal vrouwen uit Ethiopië en Eritrea samengenomen.

Resultaten van de schattingen zijn apart weergegeven voor de 28 landen van de WHO lijst en voor de Koerdische autonome regio in Noord Irak, omdat deze laatste voor Nederland een nieuwe groep is m.b.t. vgv problematiek.

Risico vgv in Nederland

Om meer inzicht te krijgen in het risico dat meisjes lopen, heeft Pharos een aantal focusgroep discussies gehouden met 1^e generatie vrouwen over onder meer sociale druk en risico op vgv in een migratiecontext.

Uit de focusgroep discussies is duidelijk geworden dat er verschillen zijn in vgv praktijken tussen landen, maar ook binnen de landen. Besnijdenis gebeurt bijvoorbeeld op zeer jonge leeftijd (bv. voor de doop) of juist op latere leeftijd (15 jaar), er wordt wel of geen feest gegeven ter ere van de besnijdenis, of het wordt gezien als een gemeenschappelijke initiatie (bv. inwijding in een geheim genootschap).

In de migratiecontext is de relatie tussen kennis, houding en gedrag niet lineair. Door kennis over de relatie tussen medische en psychische klachten en besnijdenis (veelal door voorlichtingen in

Nederland verkregen) zijn veel vrouwen terughoudend of afkerig geworden om hun dochters in een zware vorm te laten besnijden. De houding is maar deels veranderd. Om trouw te blijven aan de eigen cultuur ('cultuur zit in je hoofd'), zouden ze hun dochter eigenlijk wel willen laten besnijden, maar dan in de lichte vorm van besnijdenis. Toch laten de vrouwen hun dochters niet besnijden. Dát ze hun dochters niet besnijden, ook niet in de lichte vorm (veranderd gedrag), heeft te maken met het feit dat de wet in Nederland streng is en gehandhaafd wordt, het bestaan van kindbeschermingsmaatregelen en niemand het risico durft te nemen gescheiden te worden van zijn of haar kind, laat staan de gevangenis in te moeten. De wet in Nederland blijkt een bijzonder sterke preventieve werking te hebben. Deelnemers aan de focusgroep discussies spraken de verwachting uit dat er weer/meer besneden zou worden, als er geen verbod zou zijn.

Er blijkt overigens wel onduidelijkheid over de wet, bijvoorbeeld over het feit dat álle vormen van vgv in Nederland worden gezien als mishandeling. Een aantal deelnemers ziet de lichte vorm van vgv (een 'prikje' in de clitoris of de 'sunna') niet als vgv. In een paar gevallen is er ook verwarring over de wet: 'besneden zijn' wordt soms gezien als 'het besnijden'. Dit heeft een aantal vrouwen die besneden zijn (en nog niet zo lang in Nederland wonen) ervan weerhouden om hulp te zoeken, omdat ze bang zijn voor vervolging vanwege het feit dát ze besneden zijn.

Deelnemers verwachten niet speciaal problemen met de opvoeding of het gedrag van hun dochters, vanwege het feit dat ze onbesneden zijn. Ze hebben wel zorgen, maar dat heeft te maken met de andere cultuur waarin kinderen opgroeien. Kinderen die in het migratieland geboren worden, gaan er naar school en groeien op met de mogelijkheid om individueel beslissingen te nemen, de ouder-kind relaties zijn veranderd en jongeren hebben meer vrijheid. Ze hebben een andere perceptie van seksualiteit en de vrijheid hun eigen partner te kiezen.

Als ouders samen met hun dochters het land van herkomst bezoeken, leeft er bij het merendeel van de mannen die van oorsprong uit Somalië komen nauwelijks angst dat ze de sociale druk niet meer kunnen weerstaan. Vrouwen denken daar wisselend over. Deelnemers uit Sierra Leone geven aan dat ze niet met hun dochters naar Sierra Leone zullen gaan, omdat ze bang zijn dat ze hun dochters niet kunnen beschermen tegen de sociale druk om hun te laten besnijden. Wat opvalt uit de focusgroep discussies is dat Somalische vrouwen veel beter geïnformeerd zijn over vgv dan de vrouwen uit Sierra Leone, zowel door voorlichtingen en campagnes in Somalië, als hier in Nederland.

Een aantal mannen uit Egypte sprak de angst uit over de huidige politieke ontwikkelingen in het land van herkomst. Er zijn aanwijzingen dat radicale leiders meisjesbesnijdenis weer promoten. Tot nu toe heeft dat echter nog geen effect gehad, omdat de mensen daar tegen in gaan, maar het zijn wel verontrustende ontwikkelingen.

6. Schattingen van het aantal vrouwen met vgv en meisjes met risico op vgv in Nederland

6.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie is de potentiële risicopopulatie voor vgv. Op 1-1-2012 wonen 71.800 vrouwen uit de 'risicolanden' in Nederland (zie ook tabel 1):

- ✓ Bijna 63.400 vrouwen afkomstig uit één van de 28 landen van de WHO lijst. Zij vormen samen 1% van de totale vrouwelijke bevolking in Nederland. 61% is 1^e generatie, 39% 2^e generatie.
- ✓ Daarnaast zijn er nog zo'n 6.400 vrouwen uit de autonome Koerdische regio in Noord Irak. 74% is 1^e generatie, 26% 2^e generatie.
- ✓ Bijna 2.000 vrouwen in de asielopvang komt uit één van de 28 landen (35% van het totale aantal vrouwelijke asielzoekers in de opvang). Van deze groep vrouwen is 54% afkomstig uit Somalië.

Tabel 1. Aantal vrouwen in Nederland naar leeftijd (1-1-2012)

1a. Herkomst 28 landen

1b. Koerdische autonome regio N Irak

1c. Totaal: 29 landen

	Vrouwen in de asiel opvang	Migranten				Migranten				Geregistreerde migranten		
		Totaal	1 ^e generatie	2 ^e generatie		Totaal	1 ^e generatie	2 ^e generatie		Totaal	1 ^e generatie	2 ^e generatie
0-5	261	8.004	606	7.398	0-5	619	12	607	0-5	8.623	618	8.005
5-19	449	19.703	5.574	14.129	5-19	1.663	648	1.015	5-19	21.366	6.222	15.144
20-49	1.145	30.788	27.731	3.057	20-49	3.282	3.230	51	20-49	34.070	30.961	3.108
50+	104	4.875	4.804	71	50+	835	835	1	50+	5.710	5.639	72
Totaal	1.959	63.370	38.715	24.655	Totaal	6.399	4.725	1.675	Totaal	69.769	43.440	26.330

De 1^e generatie vrouwen bestaat voor 15% uit vrouwen jonger dan 19 jaar, 71% vrouwen tussen 20 en 49 jaar en 13% vrouwen ouder dan 50 jaar.

De 2^e generatie vrouwen bestaat voor 88% uit vrouwen jonger dan 19 jaar en 12% vrouwen tussen 20 en 49. Er zijn nauwelijks vrouwen ouder dan 50.

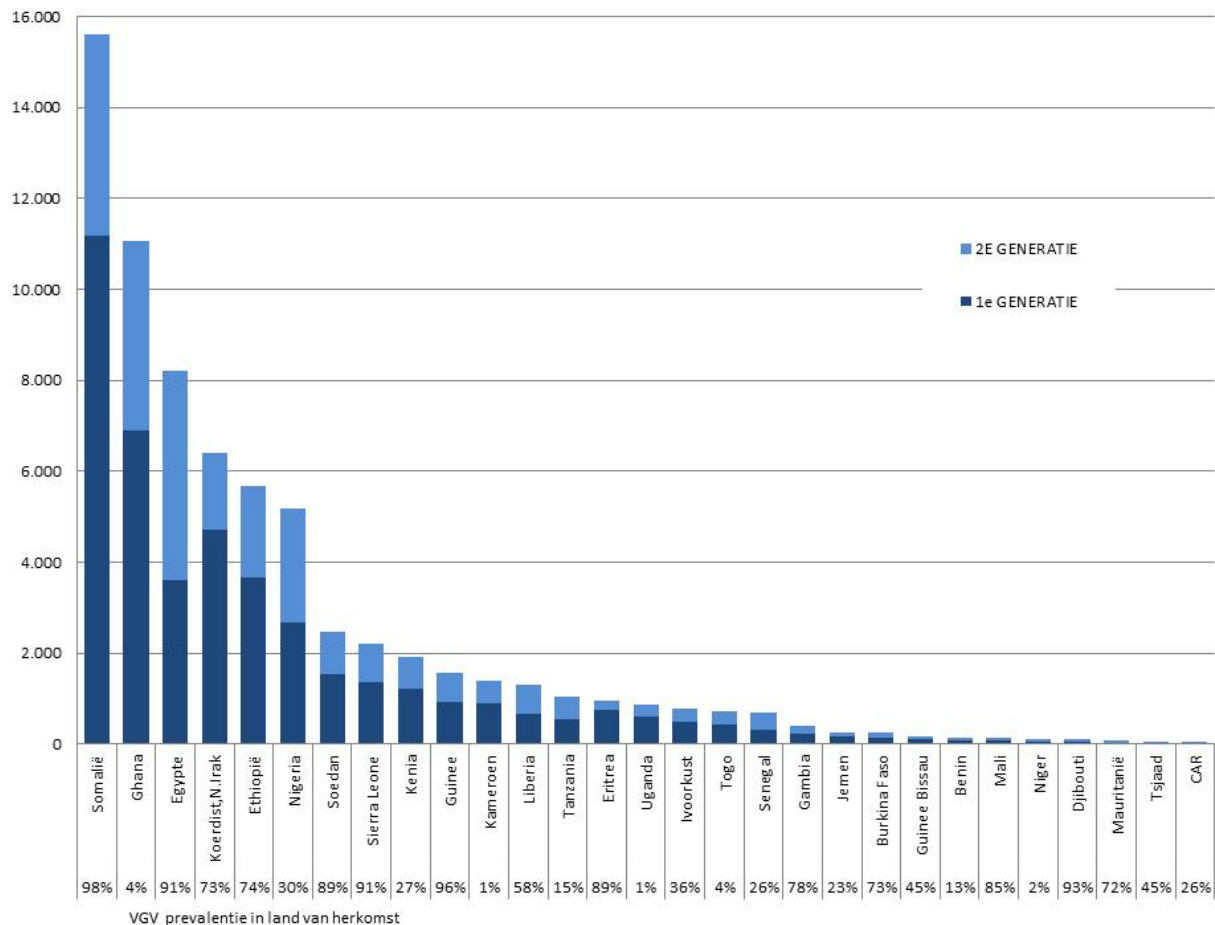
De leeftijdscategorieën in het rapport zijn zo gekozen, dat voor verschillende groepen zorg- of hulpverleners de mogelijke aantallen duidelijk zijn:

- ✓ 0-4 jarigen en 5-19 jarigen voor de preventie en zorg: JGZ, AMK, kinderartsen, huisartsen, (kinder)gynaecologen, kinderopvang en scholen.
- ✓ 20-49 jarigen (vrouwen in de 'reproductieve periode'): medische en psychosociale zorg: huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, seksuologen, psychotherapeuten.
- ✓ ouder dan 50: medische en psychosociale zorg voor langdurige problemen: huisartsen, gynaecologen, psychotherapeuten.

Van de bijna 70.000 in Nederland geregistreerde vrouwen uit de risicolanden, komt driekwart uit slechts zes landen: Somalië, Ghana, Egypte, autonome Koerdische regio in Noord Irak, Ethiopië en Nigeria (zie figuur 1). In sommige van deze landen is de prevalentie van vgv hoog (Somalië, Egypte, autonome Koerdische regio in Noord Irak, Ethiopië), maar in andere veel lager (Nigeria) of zelfs erg laag (Ghana). Van andere landen met een hoge vgv prevalentie (bv Guinee, Djibouti, Sierra Leone, Soedan en Mali) wonen slechts weinig vrouwen in Nederland.

Van de vrouwen uit de risicolanden woont de helft in de regio's Groot Amsterdam, Groot Rijnmond, Agglomeratie 's Gravenhage en Utrecht. De Somalische bevolking woont verspreid over een aantal gebieden in de Randstad, Arnhem/Nijmegen, Veluwe en Flevoland. Ghanezen zijn vooral te vinden in Amsterdam, Ethiopiërs/Eritreeërs en Egyptenaren verspreid over de hele Randstad en Nigerianen ten slotte in de Randstad en Flevoland.

Fig 1. Aantal vrouwen in Nederland op 1-1-2012, naar land van herkomst, generatie en vgv prevalentie in land van herkomst.



6.2 Schatting van het aantal vrouwen dat besneden is

Er zijn verschillende methodische varianten doorgerekend, waarvan een uitgebreide verantwoording te vinden is in het onderliggende onderzoeksrapport. De verschillen in uitkomsten zijn gering, zodat in deze samenvatting wordt volstaan met één variant. De variant die hier beschreven is, is gebaseerd op de leeftijds- en regio¹ specifieke prevalentiepatronen voor het wel of niet besneden zijn in de landen van herkomst, en de huidige leeftijd, geboorteplaats en leeftijd waarop 1^e generatie vrouwen naar Nederland zijn gekomen. Voor de schatting van het aantal vrouwen dat is besneden, zijn de volgende **aannames** gedaan:

1^e generatie : Vrouwen die ná leeftijd van besnijdenis in het herkomstland naar Nederland zijn gekomen, zijn in land van herkomst besneden volgens het daar heersende leeftijd- en regiospecifieke patroon voor het wel of niet besneden zijn. Meisjes die vóór deze leeftijd al naar Nederland zijn gekomen, worden verondersteld (nog) onbesneden te zijn.

¹ Met 'regio' wordt een regio, provincie of andere administratieve eenheid binnen het land bedoeld.

2^e generatie: Voor vrouwen ouder dan 15 jaar die geboren zijn in Nederland uit vrouwen afkomstig uit de risicolanden geldt het leeftijd- en regio-specifieke patroon voor het wel of niet besneden zijn in de regio van herkomst van hun moeder. Leeftijd 15 is aangehouden, omdat in Nederland de laatste 15 jaar activiteiten t.a.v. vgv geïntensiveerd zijn. Het is dus goed mogelijk dat meisjes die hier meer dan 15 jaar geleden geboren zijn, destijds nog wel zijn besneden. Meisjes jonger dan 15 jaar worden verondersteld (nog) onbesneden te zijn.

Asielzoeksters: Vrouwen die naar Nederland zijn gekomen, zijn in land van herkomst besneden volgens het leeftijd- en landspecifieke patroon voor het wel of niet besneden zijn.

Tabel 2 geeft de resultaten van de berekeningen.

Tabel 2. Schatting van het aantal vrouwen in Nederland dat besneden is (1-1-2012).

2a. Herkomst 28 landen

2b. Koerdische autonome regio N Irak

2c. Totaal: 29 landen

	Vrouwen in de asielopvang	Migranten				Migranten				Geregistreerde migranten		
		Totaal	waarvan:			Totaal	waarvan:			Totaal	waarvan:	
			1 ^e generatie	2 ^e generatie			1 ^e generatie	2 ^e generatie			1 ^e generatie	2 ^e generatie
0-5	43	28	28	0	0-5	0	0	0	0-5	28	28	0
5-19	337	3.671	2.187	1.483	5-19	213	151	62	5-19	3.884	2.338	1.545
20-49	967	18.207	16.601	1.607	20-49	2.304	2.267	37	20-49	20.511	18.868	1.643
50+	95	2.530	2.468	62	50+	732	731	1	50+	3.262	3.199	63
Totaal	1.441	24.436	21.284	3.152	Totaal	3.249	3.150	100	Totaal	27.686	24.434	3.252
% van vrouwelijke asielzoekers uit 28 landen:	74%	% van vrouwelijke migranten uit 28 landen:			% van vrouwelijke migranten uit autonome regio N Irak:	% van vrouwelijke migranten uit 29 landen:			% van vrouwelijke migranten uit 29 landen:			
		39%	55%	13%		51%	67%	6%		40%	56%	12%

Van de bijna 70.000 in Nederland geregistreerde vrouwen uit de risicolanden (tabel 1c) is naar schatting 40% besneden, bijna 28.000 vrouwen (tabel 2c).

Daarvan zijn bijna 24.500 vrouwen afkomstig uit de 28 landen, waarvan 87% vrouwen uit de 1^e generatie en 13% uit de 2^e generatie. 15% is jonger dan 19, driekwart van de vrouwen zit in de leeftijdscategorie 20-49 jaar en 10% is ouder dan 50.

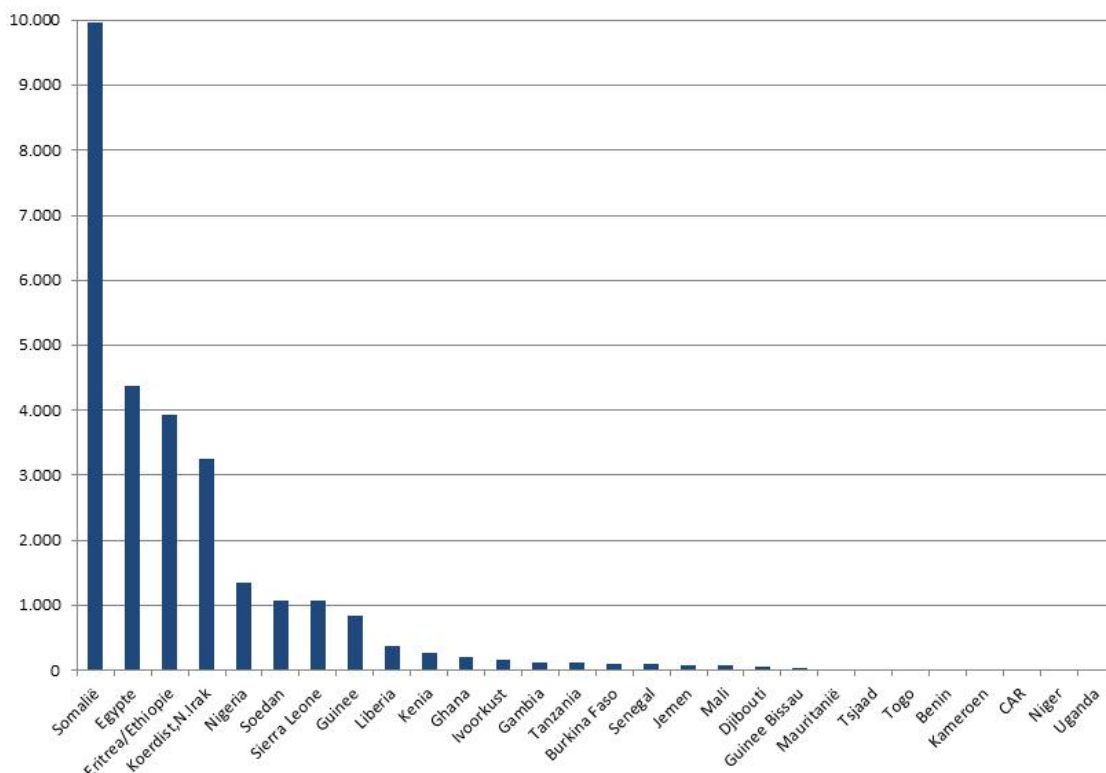
Van de Koerdische vrouwen uit Noord Irak heeft naar schatting de helft een besnijdenis ondergaan (bijna 3.300). Daarvan komt 97% uit de 1^e generatie. 7% is onder de 19 jaar, 71% tussen 20 en 49 en 23% ouder dan 50 jaar.

Van de vrouwen in de asielopvang is naar schatting driekwart besneden (ruim 1.400 vrouwen), waarvan 26% jonger dan 19 jaar, 67% tussen de 20 en 49, en 7% ouder dan 50.

In figuur 2 is het aantal in Nederland geregistreerde vrouwen dat mogelijk besneden is, naar landen van herkomst uitgesplitst.

Wat opvalt, is dat Ghana niet tot de belangrijke landen behoort, als het gaat om aantal besneden vrouwen in Nederland. Dus hoewel er veel vrouwen uit Ghana in Nederland wonen, is vgv in deze gemeenschap niet zo'n omvangrijk probleem als onder Somalische vrouwen. Dit heeft te maken met het feit dat er in Ghana grote verschillen zijn tussen de regio's m.b.t. vgv. De in Nederland wonende Ghanezen zijn voor grootste deel afkomstig uit delen van Ghana waar besnijdenis niet of nauwelijks plaatsvindt.

Fig 2. Schatting van het aantal vrouwen in Nederland dat besneden is (1-1-2012).



6.3 Schatting van het aantal meisjes dat een risico op besnijdenis loopt

Voor de schatting van het aantal meisjes dat risico loopt besneden te worden, zijn drie varianten berekend. De aannames voor deze schattingen zijn gebaseerd op de resultaten van de literatuurstudie en focusgroep discussies. **Aannames** hierbij zijn:

Hoge variant: Ongewijzigde praktijk van vgv in migrantengroepen: alle meisjes van 1^e (voor zover nog niet besneden in land van herkomst) en 2^e generatie in leeftijd van 0-15 en asielzoeksters in de opvang leeftijd 0-15 lopen het risico besneden te worden, conform de praktijk in land of regio van herkomst.

Midden variant: Ongewijzigde praktijk van vgv in de 1^e generatie migrantengroepen: meisjes in de 1^e generatie in leeftijd van 0-15 en asielzoeksters in de opvang leeftijd 0-15 lopen het risico besneden te worden, conform de praktijk in land of regio van herkomst (voor zover ze nog niet besneden zijn in land van herkomst). De 2^e generatie wordt verondersteld onbesneden te zijn onder invloed van veranderend gedrag bij moeders.

Lage variant: Gewijzigde praktijk van vgv in de 1^e generatie migrantengroepen: meisjes in de 1^e generatie in leeftijd van 0-15 en asielzoeksters in de opvang leeftijd 0-15 lopen boven 10 jaar (leeftijd van besnijdenis) geen risico meer besneden te worden onder invloed van veranderend gedrag bij de meiden die nu in het vrije Westen wonen. Alleen meisjes tussen 0 en 10 jaar lopen nog risico (voor zover ze nog niet besneden zijn in land van herkomst). De 2^e generatie wordt verondersteld onbesneden te zijn onder invloed van veranderend gedrag bij moeders.

Tabel 3. Schatting van het aantal meisjes in Nederland (1-1-2012), dat risico op vgv loopt, **hoge variant**

3a. Herkomst 28 landen

3b. Koerdische autonome regio N Irak

3c. Totaal: 29 landen

	Meisjes in de asiel opvang	Migranten				Migranten				Geregistreerde migranten		
		Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie			Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie			Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie	
0-5	28	1.009	54	955	0-5	176	3	173	0-5	1.185	57	1.128
5-15	14	2.468	633	1.835	5-15	121	10	111	5-15	2.589	643	1.946
Totaal 0-15	42	3.477	687	2.790	Totaal 0-15	297	13	284	Totaal 0-15	3.774	700	3.074
Aantal per jaar	3	232	46	186	Aantal per jaar	20	1	19	Aantal per jaar	252	47	205

Tabel 4. Schatting van het aantal meisjes in Nederland (1-1-2012), dat risico op vgv loopt, **midden variant**

4a. Herkomst 28 landen

4b. Koerdische autonome regio N Irak

4c. Totaal: 29 landen

	Meisjes in de asiel opvang	Migranten				Migranten				Geregistreerde migranten		
		Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie			Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie			Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie	
0-5	28	54	54	0	0-5	3	3	0	0-5	57	57	0
5-15	14	633	633	0	5-15	10	10	0	5-15	643	643	0
Totaal 0-15	42	687	687	0	Totaal 0-15	13	13	0	Totaal 0-15	700	700	0
Aantal per jaar	3	46	46	0	Aantal per jaar	1	1	0	Aantal per jaar	47	47	0

Tabel 5. Schatting van het aantal meisjes in Nederland (1-1-2012), dat risico op vgv loopt, **lage variant**

5a. Herkomst 28 landen

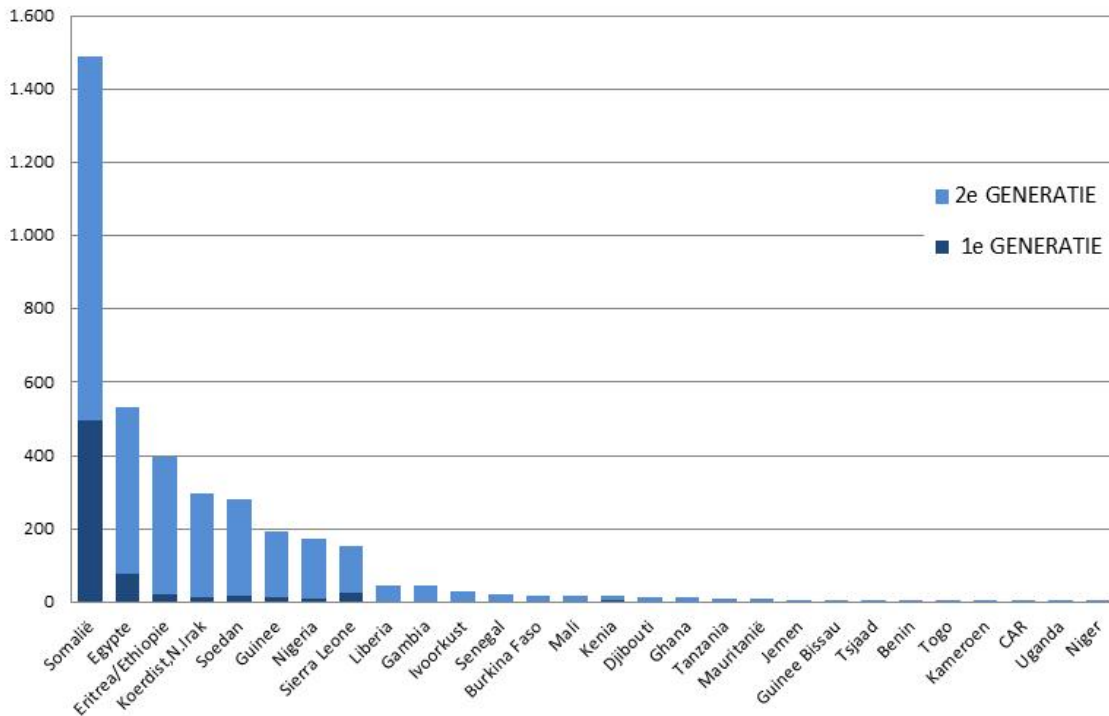
5b. Koerdische autonome regio N Irak

5c. Totaal: 29 landen

	Meisjes in de asiel opvang	Migranten				Migranten				Geregistreerde migranten		
		Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie			Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie			Totaal	waarvan: 1 ^e generatie 2 ^e generatie	
0-5	28	54	54	0	0-5	3	3	0	0-5	57	57	0
5-10	10	503	503	0	5-10	6	6	0	5-10	509	509	0
Totaal 0-10	38	557	557	0	Totaal 0-10	9	9	0	Totaal 0-10	566	566	0
Aantal per jaar	2	37	37	0	Aantal per jaar	1	1	0	Aantal per jaar	38	38	0

In figuur 3 is het aantal meisjes naar land van herkomst uitgesplitst.

Fig 3. Schatting van het aantal meisjes in Nederland dat risico op vgv loopt (1-1-2012), hoge en midden variant.



Het totaal aantal meisjes in Nederland dat risico loopt besneden te worden, varieert tussen 557 en 3.477 meisjes met als herkomst één van de 28 landen en tussen 9 en 297 Koerdische meisjes uit Noord Irak. Onder de asielzoeksters lopen mogelijk tussen 38 en 42 meisjes risico op besnijdenis.

Deze schatting is gebaseerd op aantal kinderen op 1 januari 2012. Omdat vgv tussen 0 en 15 jaar plaatsvindt (de risicogroep) gaat het hier op jaarbasis over:

Hoge variant: $(3.477+297+42)/15 = 255$ meisjes per jaar die het risico lopen om besneden te worden, **als** alle ouders doorgaan met vgv zoals ze in land of regio van herkomst zouden doen.

Midden variant: $(687+13+42)/15 = 50$ meisjes per jaar die het risico lopen om besneden te worden, **als** de ouders hun dochters die in Nederland worden geboren, niet meer zullen laten besnijden, en ouders die met hun dochters naar Nederland migreren nog doorgaan met vgv zoals ze in land of regio van herkomst gedaan zouden hebben.

Lage variant: $(557+9+38)/15 = 40$ meisjes per jaar die het risico lopen om besneden te worden, **als** de ouders hun dochters die in Nederland worden geboren, niet meer zullen laten besnijden, en ouders die met hun dochters naar Nederland migreren hun dochter niet meer zullen laten besnijden na haar 10^e verjaardag. Voor die leeftijd bestaat er nog wel een risico op vgv zoals ze in land of regio van herkomst gedaan zouden hebben.

In aanvulling op bovenstaande: in 2011 zijn in Nederland 1.705 meisjes geboren die een moeder hebben uit één van de 28 landen. Daarvan zullen er tussen de 0 (lage en midden variant) en 939 (hoge variant) besneden zijn wanneer ze de leeftijd van 15 bereikt hebben.

Welke van deze schattingen is nu het meest aannemelijk in de Nederlandse context?

De literatuurreview en focusgroep discussies concluderen dat kinderen van immigranten weinig risico hebben op een besnijdenis in een context waar de randvoorwaarden om niet te besnijden gunstig zijn. Het zal zeker nog wel sporadisch gebeuren, maar van een groot risico, zoals in Afrika, lijkt hier geen sprake te zijn. Dat maakt de lage variant de meest waarschijnlijke.

Ter vergelijking zijn gegevens bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) opgevraagd over risico-inschatting vgv bij meisjes jonger dan 19 jaar in 2011. Deze gegevens blijken tussen de lage en middenvariant in te liggen. Registratie van de risico-inschatting vindt sinds medio 2011 plaats in het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ). Er is overeengekomen dat gegevens over vgv op eenduidige manier worden vastgelegd. Het is op moment van schrijven echter nog te vroeg om landelijk geaggregeerde data uit de systemen te halen: niet overal wordt al digitaal geregistreerd en niet alle JGZ organisaties werken met hetzelfde digitale systeem. Gegevens van de JGZ moeten op dit moment nog per organisatie worden opgevraagd. Gegevens zijn opgevraagd bij de GGD'en van 9 steden, waar de afgelopen jaren projecten over preventie van meisjesbesnijdenis hebben gedraaid. Bij vijf van deze steden bleek het mogelijk om voor 2011 gegevens uit hun registratiesysteem te halen (zie tabel 6).

Tabel 6. Risicotaxatie vgv bij de JGZ in 2011

GGD	Totaal aantal ouders waarmee over VGV is gesproken	Is dochter besneden?		Heeft dochter een risico op VGV ?		
		Vastgestelde VGV	Vermoeden VGV	Geen risico	Twijfelachtig risico	Reëel risico
GGD Amsterdam*	1.095	1	5	1.006	77	6
GGD Rotterdam Rijnmond*	365	2	2	342	18	1
GGD Den Haag	280	6	0	199	69	6
GGD Hart voor Brabant	54	4	0	38	7	5
GG&GD Utrecht	116	0	0	103	0	13
Totaal	1.910	13	7	1.688	171	31
		1%		89%	9%	2%

* In Amsterdam en Rotterdam Rijnmond worden gesprekken niet geregistreerd, maar wel het aantal kinderen dat uit een risico land komt of waarvan één van de ouders uit een risicoland komt.

In 2011 bleken 20 meisjes uit 1.910 gezinnen (1%) te zijn besneden of mogelijk te zijn besneden. Deze meisjes zijn waarschijnlijk in land van herkomst besneden, voordat ze naar Nederland kwamen (dus 1^e generatie).

Bij 31 gezinnen (2%) is een reëel risico op vgv ingeschat. Bij zeker vijf van deze gezinnen wordt het risico reëel geacht dat dochters besneden zullen worden wanneer deze gezinnen op reis gaan naar het land van herkomst. De dochters lopen geen risico zolang ze Nederland niet verlaten.

Omdat in deze steden de JGZ al sinds 2006 betrokken is bij de preventie van meisjesbesnijdenis, kan worden verondersteld dat de JGZ wel voldoende zicht heeft op de risico's die meisjes lopen om besneden te worden, en dat meisjes woonachtig in Nederland weinig risico lopen om besneden te worden. Hierbij moet wel een nuancering worden aangebracht, omdat:

- de JGZ 10% van de kinderen 0 - 4 en 20% van de kinderen 4 - 19 in Nederland niet bereikt.
- nog niet met alle (ouders van) kinderen die gezien zijn, een gesprek over vgv heeft plaatsgevonden en dus nog geen risico op vgv is ingeschat. Dit geldt in het bijzonder voor de plaatsen waar alleen risicokinderen geregistreerd worden en niet of tijdens de gesprekken vgv aan de orde is geweest: Amsterdam en Rotterdam Rijnmond.
- de registratiesystemen primair zijn opgezet als 'kindvolg'systemen, en niet direct om geaggregeerde informatie uit te halen. Sommige items (zoals o.a. vgv, gespreksprotocol of Standpunt vgv) worden op verschillende plaatsen binnen het digitale systeem geregistreerd, en

niet alle onderdelen zijn telbaar. Er wordt ook in open tekstvakken geregistreerd. Dat maakt dat bevindingen van die items niet reëel telbaar zijn.

Het is dus goed mogelijk dat 2% reëel risico een onderschatting is, maar het bevestigt het beeld dat de lage en middenvariant realistischer zijn dan de hoge variant.

9% van de meisjes heeft een twijfelachtig risico (171 meisjes), 89% geen risico. Als we het twijfelachtige risico aanhouden, dan komen we dichterbij de hoge variant. Dat dit niet aannemelijk lijkt, heeft te maken met het feit dat 'twijfelachtig' in de praktijk soms ook als 'onbekend' wordt geïnterpreteerd. Na het signaleren van een blijvend twijfelachtig of reëel risico of een uitgevoerde vgv, moet daarvan melding worden gedaan bij een Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).

Een laatste check doen we daarom met gegevens van het AMK. In 2010/2011 zijn 37 meldingen m.b.t. vermoeden van (dreigende) vgv ontvangen: 18 in 2010 en 19 in 2011 (Jeugdzorg Nederland). Van de 19 meldingen in 2011 hebben er 4 betrekking op een vermoeden van vgv (waarvan twee vastgesteld konden worden, allebei voor aankomst in Nederland) en 15 op een dreiging van vgv (waarvan 1 uitgesloten werd). In 2011 waren er dus 14 dreigingen, waarvan het in veel zaken niet om een acute dreiging gaat, maar waar een mogelijke vgv in de toekomst niet uitgesloten kan worden. De meldingen kwamen van onder meer scholen, politie, anoniem of via familie/kennissen.

Hieruit kunnen we afleiden dat de 'twijfelachtige' risico-inschatting bij de JGZ niet structureel is, omdat er anders een hoger aantal meldingen bij de AMK's te verwachten zou zijn. Het 'twijfelachtige risico' lijkt geen goede maat voor het daadwerkelijke risico dat in Nederland woonachtige meisjes lopen.

Dus zowel de literatuurreview, focusgroep discussies, registraties (45 in totaal: 31 reëel risico vgv bij de JGZ en 14 meldingen van mogelijke dreigingen bij AMK) lijken te bevestigen dat van de drie varianten, de lage en middenvariant (40 - 50 meisjes per jaar lopen een risico op vgv) de meest reële schattingen opleveren.

6.4 Mogelijkheden voor monitoren van vgv prevalentie en incidentie

Sinds 2011 wordt er systematisch gewerkt om vgv in digitale registratiesystemen te verwerken. Op moment van schrijven is het nog niet mogelijk om landelijk geaggregeerde gegevens op te vragen, omdat de mogelijkheid tot digitale registratie nog niet overal aanwezig is. Voor het toekomstig monitoren van incidentie of risico kunnen de gegevens over de risicotaxatie vgv uit de JGZ en de meldingen die bij AMK's binnenkomen worden gebruikt. Voor het monitoren van vgv prevalentie onder alle vrouwen zal het beperkt blijven tot zwangere vrouwen, aangezien alleen de Perinatale Registratie Nederland (PRN) vgv registreert.

7. Conclusies

- a. Op basis van de schattingen zijn de volgende bevindingen naar voren gekomen:
- 1) Het aantal vrouwen dat besneden is:
 - ✓ 27.680 in Nederland woonachtige vrouwen (40% van alle vrouwen uit de risicolanden).
 - 14% is jonger dan 19 jaar, 74% tussen de 20 en 49 jaar en 12% ouder dan 50.
 - Ongeveer 80% van deze vrouwen is afkomstig uit Somalië, Egypte, Ethiopië/Eritrea en de Koerdische autonome regio in Noord Irak.
 - ✓ 1.440 vrouwen in de asielopvang (74% van alle vrouwelijke asielzoekers uit de risicolanden).
 - 26% is jonger dan 19 jaar, 67% tussen de 20 en 49 jaar en 7% ouder dan 50.
 - Ongeveer 80% is afkomstig uit Somalië, Eritrea en Guinee.
 - ✓ Het merendeel van de vrouwen dat besneden is, bevindt zich in de 'reproductieve periode'. Voor zorg- en hulpverleners vraagt dit enerzijds om vaardigheden in het bespreekbaar maken van het onderwerp en anderzijds kennis over de relatie van deze klachten met besnijdenis en over adequate medische en psychosociale behandeling of verwijzingsmogelijkheden.
 - 2) Het aantal meisjes dat risico op besnijdenis loopt:
 - ✓ Tussen de 40 en 50 in Nederland woonachtige meisjes lopen jaarlijks een risico op besnijdenis. Dit aantal is op basis van de registratie bij de JGZ, het AMK en de meest realistische inschatting op basis van praktijk van vgv in herkomstland en immigratieland. Hierbij moet worden opgemerkt dat het risico voor een deel van de meisjes pas echt reëel wordt wanneer zij het land van herkomst bezoeken.
 - ✓ Ongeveer 80% van de meisjes is afkomstig uit Somalië en Egypte.
 - ✓ De Jeugdgezondheidszorg speelt een belangrijke rol in de preventie van vgv. Voor jeugdzorg en jeugdhulpverleners vraagt deze rol om alertheid op het voorkómen van meisjesbesnijdenis op jonge leeftijd.
- b. Uit de literatuurstudie, de focusgroep discussies, en registraties bij de JGZ en het AMK blijkt dat het risico op besnijdenis in Nederland klein is. Dit heeft niet alleen te maken met de andere (westerse) waarden en normen, maar vooral met de 'enabling environment': voorlichting, wetgeving en handhaving (de wet heeft een bijzonder sterke preventieve werking), kinderschermingsmaatregelen via AMK en de risicotaxaties vgv bij de Jeugdgezondheidszorg.
- c. Voorlichting en training over vgv zijn belangrijk: vrouwen hebben mede daardoor meer kennis gekregen over o.a. medische en psychosociale gevolgen van vgv en strafbaarheid in Nederland. Over dat laatste heerst echter ook nog onduidelijkheid: niet iedereen beseft dat *alle* vormen van vgv verboden zijn, en het onderscheid tussen 'besnijden' en 'besneden zijn' is niet altijd duidelijk. Dit weerhoudt sommige vrouwen die besneden zijn ervan hulp te zoeken, omdat ze bang zijn voor vervolging, vanwege het feit dat ze besneden zijn.
- d. Om het aantal vrouwen en meisjes met vgv landelijk goed te kunnen monitoren, is het nodig dat landelijk geaggregeerde data makkelijk uit de registratiesystemen te halen zijn, en dat registratie eenduidig gebeurt.
- e. Er zijn grote verschillen m.b.t. vgv praktijken in de landen van herkomst:
- ✓ Niet alle landen op de 'WHO lijst' hebben een hoge vgv prevalentie, en niet alle regio's binnen die landen hebben een hoge prevalentie.
 - ✓ Relaties tussen de determinanten en vgv prevalentie zijn niet land-specifiek, maar 'community-specifiek'. Voorlichtingen en andere interventies zouden dan ook meer moeten worden toegespitst op de specifieke codes binnen die groep, of breed moeten worden aangeboden in geval nog onvoldoende bekend is wie precies de doelgroep is.

Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland

Omvang, risico en determinanten

Dit rapport geeft schattingen over aantallen in Nederland woonachtige vrouwen en meisjes die besneden zijn of het risico lopen op een besnijdenis. De resultaten zijn tot stand gekomen op basis van een systematische review van literatuur, focus-groep discussies en schattingen op basis van surveygegevens uit landen van herkomst en aantallen in Nederland woonachtige vrouwen afkomstig uit deze landen. De resultaten kunnen meer houvast geven bij het bepalen van beleid ten aanzien van preventie, melding, medische en psychosociale zorg.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

PHAROS