

Augustus | 2015

Evaluatierapport

Project 'Toeleiding naar zorg voor besneden vrouwen'

2012-2015

Augustus 2015

Zahra Naleie	Federatie Somalische Associaties Nederland
Erick Vloeberghs	PHAROS
Tosca Hummeling	GGD GHOR Nederland

SAMENVATTING

In 2014 zijn 1745 mensen voorgelicht over de spreekuren 'Toeleiding naar zorg voor besneden vrouwen' en bezochten 234 vrouwen de spreekuren. Hiervan is 68% doorverwezen naar verdere hulpverlening. De vrouwen komen met diverse aan VGV gerelateerde klachten, vaak gaat het over menstruatie, psychische klachten, problemen rond seksualiteit of zwanger worden. Tijdens het spreekuur komen meestal ook niet aan VGV gerelateerde klachten naar voren, zoals sociaal-maatschappelijke problemen (geld, werk, asielstatus, zorgverzekering) of andere psychische, lichamelijke of relationele problemen. Als vrouwen doorverwezen worden, is dan is dat meestal naar de gynaecoloog en in mindere mate naar de bekkenfysiotherapeut, de huisarts, een verloskundige of seksuoloog. Zorg op psychisch gebied lijkt nodig maar een verwijzing naar een psycholoog of psychiater stuit vaak op verzet van de vrouw (vanwege onbekendheid en stigma).

Sleutelpersonen en vrouwen uit de doelgroep geven aan dat er behoefte is aan een spreekuur dat besneden vrouwen toeleidt naar de juiste zorg indien nodig. De vrouwen zijn over het algemeen erg tevreden over het spreekuur en ook over de back-office. Van de vrouwen die bij het spreekuur komen, wordt 68% doorverwezen. Hiervan zijn uiteindelijk bij 24% de klachten verdwenen en 32% geeft aan dat zij er beter mee kunnen omgaan. Hiermee wordt gebruikmaking van duurdere zorg voorkomen. De casussen geven aan dat er sprake is van gezondheidswinst (zie de linkerpagina's van het rapport voor een aantal casussen).

Sleutelpersonen geven aan dat het veel tijd kost om de vrouwen te bereiken en te motiveren om hulp te zoeken voor hun klachten. Door mond-tot-mond reclame moet het spreekuur een reputatie opbouwen alvorens de vrouwen voldoende vertrouwen hebben om erheen te gaan. Dit vraagt om een lange adem van zowel sleutelpersonen als uitvoerders van de spreekuren.

In Nederland wonen ongeveer 30.000 besneden vrouwen en dit aantal neemt toe vanwege de instroom van migranten uit landen waar VGV voorkomt. Niet al deze vrouwen hebben klachten maar de klachten die er zijn, zijn vaak schrijnend en grijpen diep in hun leven in. De weg naar de juiste hulp in Nederland is ingewikkeld en de expertise die nodig is, is erg specifiek. Vrouwen die een besnijdenis ondergingen krijgen daardoor vaak niet de juiste hulp en dat maakt dat deze vrouwen onnodig lang lijden aan de gevolgen van deze ernstige vorm van kindermishandeling die zij in hun jeugd hebben moeten ondergaan. Een beperkt aantal gespecialiseerde spreekuren die samen een landelijk bereik hebben, kan in combinatie met voorlichting door professionals en sleutelpersonen op efficiënte wijze zorgen voor gezondheidswinst, voor voorkomen van onnodige zorgvragen en voor verspreiding van expertise onder lokale zorgprofessionals.

INHOUDSOPGAVE

- 1 Inleiding
- 2 Projectopzet
- 3 Uitgevoerde activiteiten
- 4 Opzet van de evaluatie
- 5 Resultaten van de pilots
- 6 Conclusies en aanbevelingen

BIJLAGEN

- I Deelnemers projectgroep 'Toeleiding naar zorg voor besneden vrouwen'
- II Vragenlijst tevredenheid spreekuren (smileys)
- III Aantallen vrouwen en waarheen doorverwezen
- IV Vragenlijst tevredenheid back-office
- V Typen besnijdenis door de World Health Organization (WHO)

1 Inleiding

In de periode 2006-2009 hebben zes pilot-GGD'en met financiering van het ministerie van VWS veel energie gestoken in het opzetten en implementeren van de preventieve aanpak van vrouwelijke genitale verminking (VGV). In de jaren daarna (2010-halverwege 2012) is deze aanpak landelijk uitgerold bij de Jeugdgezondheidszorg. Gedurende deze periode hebben de GGD'en nauw samengewerkt met de Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN). FSAN heeft sleutelpersonen opgeleid om voorlichting te geven aan hun eigen doelgroep en honderden huisbezoeken en voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd.

Bij het opleiden van vrouwelijke sleutelpersonen en ook bij het voeren van gesprekken met moeders is gebleken dat deze vrouwen zelf vaak nog veel last hebben van hun besnijdenis. Soms fysieke last maar vaak ook of juist psychisch. Deze vrouwen blijken niet de hulp te krijgen die zij nodig hebben. Schaamte, slechte ervaringen met hulpverleners en onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem maken dat vrouwen niet op de juiste plek in de hulpverlening terechtkomen. Ook geven de sleutelpersonen aan dat vrouwen vaak niet direct met hun eigenlijke vraag komen maar enkele gesprekken nodig hebben voordat er vertrouwen genoeg is om hun pijn naar voren te durven brengen. Daarbij komt dat zij vaak meerdere problemen hebben en er moeite mee hebben hun klachten duidelijk te verwoorden. Het project 'Toeleiding naar zorg voor besneden vrouwen' is met subsidie van het ministerie van VWS opgezet om uit te proberen op welke manier wij het beste vrouwen de weg kunnen wijzen naar de zorg, met de bedoeling dat reguliere partijen deze werkwijze op termijn kunnen overnemen.

Het project beslaat de periode juli 2012-december 2015. In dit rapport vindt u de evaluatie van het project. Met het oog op de borging van de activiteiten is de evaluatie al in augustus 2015 gereed gekomen.

Omdat de verhalen in dit verhaal minstens zo belangrijk zijn als de cijfers, vindt u telkens op de linkerpagina een casus uit de praktijk.

Casus 1

Dit meisje heeft een afspraak met de verpleegkundige van het spreekuur gemaakt na een voorlichting op een school. Zij is 15 jaar en woont twee jaar in Nederland. Omdat zij minderjarig is, zegt de verpleegkundige dat ze het liefst ook met haar moeder overlegt.

Het meisje heeft de faraonische vorm van besnijdenis ondergaan. Moeder vertelt dat zij een piepklein openingetje heeft. Het meisje heeft nog twee zussen die ook besneden zijn maar minder ernstig. Moeder maakt zich ernstig zorgen over haar dochter. Elke maand heeft het meisje een bloeding van ongeveer vier dagen. Zij voelt zich elke maand drie dagen doodziek. Ze slikt dan een ontstekingsremmende pijnstillers. Haar buik is opgezwollen. Zij moet dan ook braken. Soms valt ze flauw. Het menstruatied bloed is bruin van kleur met stukjes gestold bloed. Het meisje is vaak bij de huisarts geweest voor dit probleem. Deze schrijft telkens de pijnstillers voor. Die gebruikt ze nu al een jaar. Het meisje zegt vaak twee keer te moeten plassen. Na de eerste keer blijft ze op het toilet zitten omdat ze het gevoel heeft nog niet klaar te zijn. 's Nachts gaat zij twee keer naar het toilet.

Moeder vraagt of de verpleegkundige voorlichting kan geven over besnijdenis en de medische gevolgen ervan. Na de voorlichting zegt het meisje dat zij heel graag 'geopend' wil worden.

De verpleegkundige plant haar in bij de gynaecologe en spreekt met de huisarts voor een verwijfsbrief. Deze vertelt blij te zijn met deze actie. Hij geeft toe niet zo goed te weten hoe het met dit meisje verder moest

Er vindt een consult plaats met de gynaecologe en de verpleegkundige. De gynaecologe vindt de situatie onverantwoord en heeft in overleg met de moeder de ingreep meteen uitgevoerd.

Bij controle blijkt dat het lichamelijke herstel goed verloopt. Psychisch moet het meisje nog uit de ziekterol gaan komen. Zij krijgt een brief mee voor de toekomstige echtgenoot waarin staat dat zij op medische gronden is opengemaakt. Het meisje krijgt het advies mee om veel te fietsen, geen pijnstillers meer te gebruiken en zich niet meer ziek te melden bij de menstruaties.

2 Project 'Zorg voor besneden vrouwen'

Regio's

In de projectopzet is aangesloten bij de pilot die GGD Den Haag heeft uitgevoerd in de periode 2011 tot halverwege 2012. In deze regio is een spreekuur voor besneden vrouwen opgezet in het Haga-ziekenhuis, bemenst door een verpleegkundige afkomstig uit een land waar VGV voorkomt. Na overleg met de pilot-GGD'en uit het preventieproject, is besloten om verschillende vormen uit te proberen. De achtergrond daarvan was enerzijds om aan te sluiten bij de lokale infrastructuur en anderzijds om te kunnen bekijken welke vorm het beste werkt. In de keuze van de regio's is rekening gehouden met landelijke spreiding.

Vorm van het spreekuur

Er is gekozen voor het verkennen van diverse vormen voor dit spreekuur:

- door gespecialiseerde sleutelpersonen¹;
- door een verpleegkundige die in samenwerking met en vanuit een ziekenhuis werkt;
- door artsen en verpleegkundigen die bij het Sense-spreekuur werken.

In onderstaande tabel is te zien in welke regio welke vorm is gekozen.

Regio	Vorm	Afkomstig uit doelgroep
Den Haag	Verpleegkundige in Haga-ziekenhuis	ja
Rotterdam	Sleutelpersonen doen vraagverheldering, goede contacten met Erasmus Medisch Centrum voor advies en doorverwijzing	ja
Eindhoven	Verpleegkundige in Catharina-ziekenhuis, werkt zeer outreachend	nee
Nijmegen	Huisarts in universitair gezondheidscentrum Heyendaal, onderdeel van het Radboud umc	nee
Tilburg/Den Bosch	Bij Sense-sprekuren plus één voorlichter gezondheidsbevordering uit de doelgroep die outreachend werkt	spreekuur nee voorlichter ja
Groningen/ Noord-Nederland	Bij Sense-sprekuren	nee

Figuur 1: Overzicht van deelnemende regio's, de vorm van het spreekuur en de borging vanaf 2015

¹ Feitelijk is in Rotterdam geen sprake van spreekuren in de letterlijke betekenis. Het zijn de sleutelpersonen die de vraagverheldering uitvoeren, meestal gebeurt dat bij de vrouwen thuis tijdens een huisbezoek. Wanneer in dit document gesproken wordt over spreekuren, valt telkens ook de Rotterdamse variant daaronder.

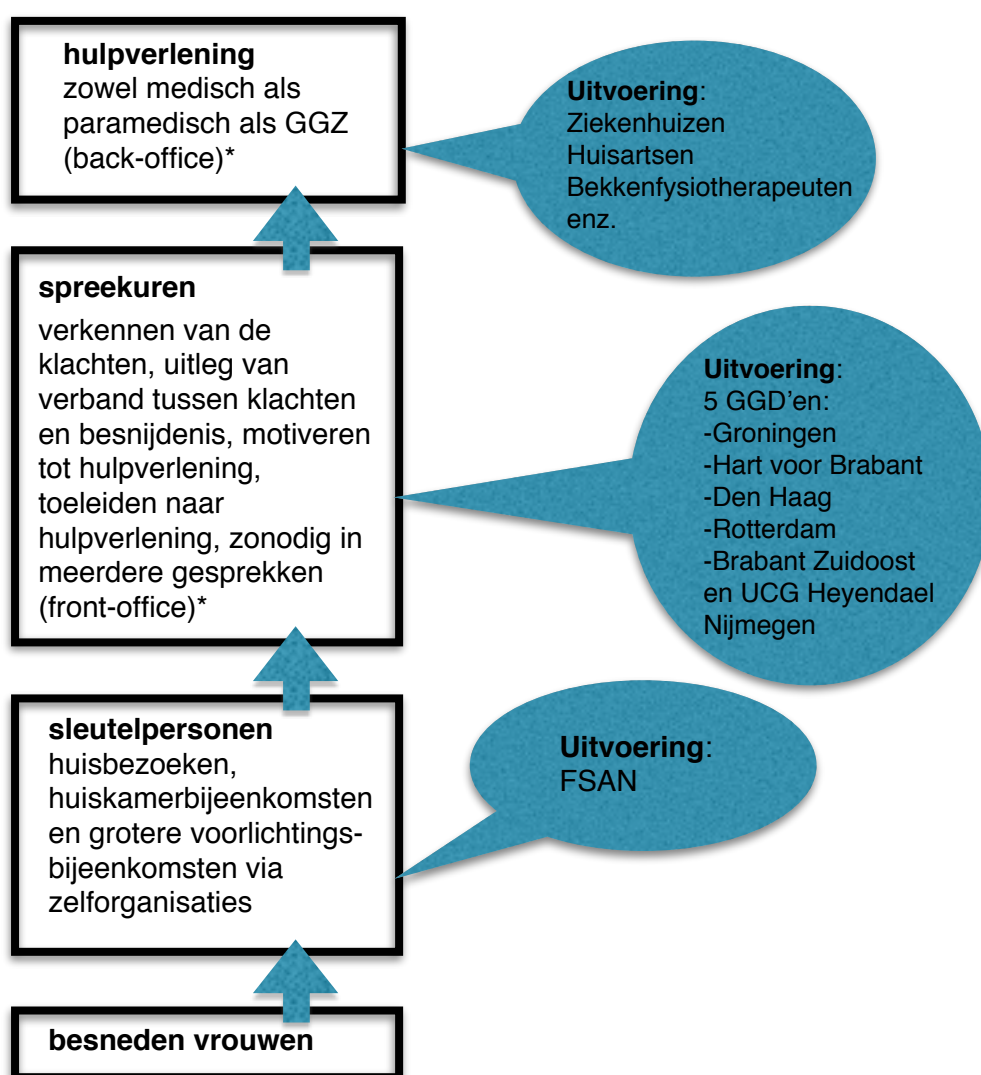
Casus 2

Via Google kwam een Somalische man bij een van de projectleiders VGV in Rotterdam terecht. Hij vroeg om hulp. Hij was recent getrouwd met een Somalische vrouw. Vanwege haar besnijdenis was het niet mogelijk om gemeenschap te hebben. Bovendien had de vrouw veel klachten en pijn. De projectleider heeft samen met een van de sleutelpersonen een gesprek gevoerd. De man sprak goed Nederlands, de vrouw was gesloten en terughoudend. De sleutelpersoon heeft veel tijd geïnvesteerd om vertrouwen te winnen en de hulpvraag duidelijk te krijgen. Zij adviseerde het echtpaar om een verwijsbrief te vragen bij de huisarts voor het Erasmus Medisch Centrum. Dit hebben zij gedaan. Zowel man als vrouw gaven bij de huisarts aan graag naar de seksuoloog van het Erasmus te willen gaan. Zij hebben vervolgens samen met de sleutelpersoon twee gesprekken gehad met de seksuologe in het Erasmus, die veel kennis van VGV heeft. De seksuologe heeft verteld dat het mogelijk is een ingreep te ondergaan waarbij mevrouw geopend wordt. Zij heeft uitgelegd wat er dan gebeurt en wat daarbij belangrijk is om te weten om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen.

Daarna is aan de vrouw en man de tijd en ruimte gegeven een beslissing te nemen. De vrouw heeft duidelijk aangegeven de ingreep te willen ondergaan. Daarop heeft een gynaecoloog van het Erasmus in nauw contact met de seksuoloog de ingreep uitgevoerd. Vlak erna heeft de sleutelpersoon telefonisch contact gehad met de vrouw; deze vertelde dat ze zeer opgelucht was. De sleutelpersoon gaf na dit gesprek aan dat ze vond dat mevrouw letterlijk en figuurlijk geopend was. Na enkele maanden heeft er een nazorggesprek plaatsgevonden. De vrouw heeft nogmaals aangegeven heel blij te zijn met de begeleiding en haar beslissing de ingreep te ondergaan.

In de regio Apeldoorn hebben gemeenten besloten om zelf financiën ter beschikking te stellen voor de toeleiding tot zorg van besneden vrouwen. Deze regio is geen onderdeel van deze pilot en is later gestart. De resultaten zijn daarom niet meegenomen in dit evaluatierapport.

Naast de spreekuren is FSAN actief om de doelgroep te informeren over de spreekuren. FSAN heeft daarvoor aparte subsidie via het ministerie van VWS. Daarmee worden huisbezoeken en groepsvoorlichtingen georganiseerd voor zowel vrouwen als mannen. FSAN bereikt hiermee de doelgroep, wat een cruciale stap is in de toeleiding naar zorg. De voorlichtingen aan mannen zijn nodig omdat hun toestemming vaak nodig is voor vrouwen om hulp te zoeken en/of medisch ingrijpen mogelijk te maken. Er is dus sprake van een getrapte vorm van toeleiding, zoals te zien is in figuur 2.



Figuur 2: Getrapt begeleidings- en verwijzingsproces. In Rotterdam is de laag van de spreekuren en de sleutelpersonen samengevoegd.

* Onder de front-office verstaan we de spreekuren die als eerste aanspreekpunt dienen en na vraagverheldering de vraag naar de juiste plek geleiden. Onder back-office verstaan we de hulp waarnaar verwezen wordt vanuit het spreekuur. Dit kan zijn medische hulp (gynaecoloog, uroloog), paramedische hulp (bekkenfysiotherapeut) of psychologische hulp (psycholoog, seksuoloog).

Casus 3

Een vrouw is aanwezig bij een voorlichtingsbijeenkomst en vraagt de aanwezige verpleegkundige om een onderhoud. Samen met de sleutelpersoon plant de verpleegkundige een afspraak in. Na dit gesprek, waarin de hulpvraag helder wordt, neemt de verpleegkundige contact op met de gynaecologe in het ziekenhuis en wordt besloten een gezamenlijk consult te houden.

Tijdens het eerste gesprek (met sleutelpersoon) wordt duidelijk dat mevrouw faraonisch besneden is. Ze woont vijf jaar in Nederland, is gehuwd geweest maar haar man is van haar gescheiden omdat ze hem geen kinderen kan schenken. Mevrouw zegt dat haar verteld is dat er grote vleesbomen in haar baarmoeder zitten waardoor ze geen kinderen kan krijgen. En vraagt of daar niets aan gedaan kan worden. Zij heeft verder vaak menstruatiepijn met 'koffiekleurige' afscheiding. Voor de menstruatie zitten haar voeten vol vocht. Tijdens seks heeft zij pijn en zij kan de urine moeilijk ophouden.

Mevrouw vraagt zich het volgende af:

- Welke besnijdenis heb ik ondergaan?
- Waarom heeft een dokter mij nooit verteld hoe ik besneden ben?
- Ben ik open genoeg om normaal te kunnen menstrueren?
- Zitten er nu nog vleesbomen?
- Waarom kan ik niet zwanger worden?

Tijdens het consult bij de gynaecologe, samen met de verpleegkundige, blijkt dat mevrouw bekend is bij verschillende specialisten vanwege de vleesbomen. Ook de kinderwens is geregistreerd; samen met haar ex-man zijn ze bij de fertiliteitsarts geweest. Bij de ex-man is toen geen levend zaad aangetroffen maar dat heeft hij nooit meegedeeld aan zijn vrouw.

De pijn bij de seks wordt veroorzaakt omdat haar baarmoeder gekanteld is. Mevrouw is bitter omdat zij niet goed behandeld is door haar man. Haar grote wens is de vleesbomen operatief te verwijderen. De gynaecologe wilde aanvankelijk mevrouw niet verder behandelen maar de verpleegkundige bracht het belang van verdere behandeling naar voren. Daarop zijn afspraken gemaakt voor een MRI, bij een fertiliteitsarts en een specialist in vleesbomen. Mevrouw is heel erg tevreden met de gang van zaken.

Inhoud van het spreekuur

Tijdens de voorlichtingen en huisbezoeken van de sleutelpersonen krijgen de vrouwen en mannen uit de doelgroep informatie over de klachten die mogelijk kunnen optreden na besnijdenis. De vrouwen kunnen met de sleutelpersoon apart praten om hun hart te luchten en advies te krijgen over wat te doen. De sleutelpersonen verwijzen naar het spreekuur. Tijdens het spreekuur vindt vraagverheldering plaats door een getraind verpleegkundige of arts. In Rotterdam vindt de vraagverheldering plaats door de sleutelpersonen, die daarvoor getraind zijn en intensief begeleid worden. Degene die het spreekuur uitvoert, gebruikt hierbij motiverende gespreksvoering als methodiek. Er zijn meerdere gesprekken mogelijk met de cliënte, afhankelijk van de behoefte. Indien gewenst kan een sleutelpersoon, familielid of vriendin aanwezig zijn bij de gesprekken. Zo nodig wordt gebruikgemaakt van de tolkentelefoon. Als duidelijk is wat de klachten van de vrouw zijn, krijgt zij uitleg over het verband tussen de klachten en haar besnijdenis. Hierbij is veel ruimte voor haar verhaal. Met de vrouw wordt besproken wat zij wil en waarheen zij eventueel kan worden doorverwezen. Bij doorverwijzing vindt warme overdracht plaats; eventueel kan een sleutelpersoon mee naar de hulpverlener. Vanuit het spreekuur belt men na om te horen hoe het gegaan is, wat het effect was en of meer hulp nodig is. Op deze manier wordt zo veel mogelijk laagdrempelig gewerkt. Zoals bij alle moeilijk bereikbare groepen waar sprake is van schaamte, is veel geduld, culturele sensitiviteit en empathisch vermogen nodig in dit proces.

Bekendmaken spreekuren

Op elke locatie wordt gewerkt aan het bekendmaken van het spreekuur onder de doelgroep en onder zorgprofessionals. Het bereiken van de doelgroep middels sleutelpersonen gebeurt via FSAN, het bereiken van de lokale professionals via de organisaties die het spreekuur uitvoeren.

Voorlichting van lokale professionals

Naast het bekendmaken van het spreekuur onder professionals is vanuit de spreekuren voorlichting gegeven aan lokale professionals over VGV zodat zij beter kunnen signaleren en cultuursensitief reageren op besneden vrouwen.

Projectgroep

Gedurende de looptijd van het project is twee keer per jaar een projectgroep bijeen gekomen. Deze projectgroep volgde het project en gaf op- en aanmerkingen ten dienste van het project. Naast het ministerie van VWS, de lokale projectleiders, Pharos en GGD GHOR Nederland namen ook vier beroepsverenigingen deel aan de projectgroep: de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pré- en postpartum gezondheidszorg (NVFB). Voor een overzicht van de deelnemers aan de projectgroep zie bijlage 1.

Casus 4

Een vrouw van Somalische afkomst kwam met haar partner naar het spreekuur. De vrouw sprak geen Nederlands, de man wel. De vrouw heeft al meer dan tien jaar klachten maar durfde daar niet eerder over te vertellen. Zij vertelt eerst over een klacht die niets met VGV te maken heeft, over haar ogen. Dan komen de algemene klachten: veel buikpijn, moe, kou.

Ze kan niet zwanger worden en heeft pijn bij het vrijen. Ook zijn er klachten van de blaas en van het plassen.

Citaat

“Mijn echtgenoot is van mij gescheiden omdat ik hem geen kind kon schenken. Hij deed altijd het woord bij de fertiliteitsarts en heeft mij altijd verteld dat ik geen goede vrouw ben. Ik zou niet vruchtbaar zijn vanwege vleesbomen. De gynaecologe heeft mij uitgelegd dat dit niet waar is maar dat mijn ex-echtgenoot geen levend zaad had. Eindelijk kan ik mijn leven oppakken nu ik weet dat ik vruchtbaar ben.”

3 Uitgevoerde activiteiten

Voorbereiding en start

Halverwege 2012 zijn de GGD'en in de volgende regio's gestart met (het voorbereiden van) spreekuren waar besneden vrouwen terecht kunnen om hun klachten te bespreken:

- Den Haag;
- Tilburg/Den Bosch;
- Groningen;
- Rotterdam.

In deze regio's kon vrij gemakkelijk worden aangesloten op de geborgde activiteiten van de preventieve aanpak van VGV. De andere twee kandidaat-regio's waren Amsterdam en Eindhoven. In Eindhoven was de preventieve aanpak echter niet geborgd binnen de gemeente en dit project vroeg daarom om het opnieuw opstarten van de contacten met de doelgroep en het aanzoeken van een projectleider en projectmedewerker. In Eindhoven is het project daarom later van start gegaan.

GGD Amsterdam gaf aan te vinden dat een dergelijke taak niet zozeer bij de GGD als wel bij de huisartsen zou moeten behoren, dus binnen de reguliere zorg. Aangezien binnen het preventieve project al langer de wens leefde om huisartsen meer te betrekken, is gezocht naar een regio waar men én uitvoerend zou kunnen werken naar de doelgroep én de huisartsen landelijk zou kunnen betrekken. Deze combinatie is gevonden in het Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal in Nijmegen. Met deze regio is afgesproken dat het gezondheidscentrum een regionaal spreekuur voor besneden vrouwen zou verzorgen en ook landelijk de huisartsen betrekken bij de zorg voor besneden vrouwen.

Het voorbereidende werk bestond uit het aantrekken van een lokale projectleider en uitvoerder(s), het maken van financiële afspraken en werkafspraken, het maken van een sociale kaart voor doorverwijzing, het leggen van contacten met sleutelpersonen en met de centrale functies op de sociale kaart (in ieder geval de gynaecoloog).

Deskundigheidsbevordering

De spreekuren zijn gestart nadat de uitvoerders getraind waren. Hiervoor heeft Pharos een training ontwikkeld en uitgevoerd. Er zijn twee trainingsgroepen geweest, plus voor Nijmegen een maatwerktraining. Daarnaast is twee keer per jaar een intervisie-bijeenkomst gehouden voor uitvoerders van de spreekuren. De laatste twee keer is ook per regio een sleutelpersoon meegekomen naar deze intervisie.

Citaat

“Tijdens mijn consult heeft de gynaecologe de ingreep meteen uitgevoerd. Ik was daar heel blij mee omdat ik anders misschien niet zou zijn gegaan vanwege angst. De gynaecologe deed alles heel rustig en nam de tijd voor mijn problemen. Voor mijn stemmingswisselingen heb ik medicatie gekregen.”

Casus 5

Een 42-jarige vrouw komt met twee andere Somalische dames op het spreekuur. Zij vertelt al zeven jaar illegaal bij haar man en kinderen te wonen; ze heeft geen verblijfsvergunning gekregen van de IND en heeft een ingewikkelde vluchtgeschiedenis.

Mevrouw is faraonisch besneden. Zij heeft vaginale pijn en elke dag zeer heftige pijn bij plassen. De eerste seconden kan ze goed urineren. Daarna stopt het waarbij ze zeer heftige pijn krijgt. Dit duurt wel vijf minuten, voordat ze daarna uit kan plassen. Het brandt heftig en soms moet ze het afkoelen met koud water. Een paar maal is de ambulance gekomen, omdat men geen raad wist met mevrouw.

Vanwege haar illegaliteit kan ze medisch gezien niet overal terecht en heeft ze ook geen vervoer.

De tolk brengt haar gratis naar de GGD omdat ze compassie met mevrouw heeft. De gynaecologe heeft aangegeven dat de vrouw kan komen voor consult, en daarna zal bekeken worden wat de gynaecologe voor haar kan doen.

Bereiken van de doelgroep

De doelgroep is over het spreekuur geïnformeerd door de sleutelpersonen in het project van FSAN. In totaal zijn 75 sleutelpersonen intensief begeleid en bijgeschoold over de zorg voor besneden vrouwen en andere onderwerpen die tijdens het spreekuur aan bod kunnen komen. De sleutelpersonen hebben *jaarlijks* in totaal 120 huisbezoeken en twaalf voorlichtingsbijeenkomsten gehouden, waaronder vijf in asielzoekerscentra. In een aantal gevallen hebben de uitvoerders van de regionale spreekuren hieraan meegewerkt door informatie te geven tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten. FSAN voorziet haar doelgroepen verder van informatie over de spreekuren via de website en radio- en televisieprogramma's. Vooral die laatste media zijn van belang gezien de gebrekkige kennis van het Nederlands van veel besneden vrouwen. Bovendien wordt de boodschap dan op een cultureel gangbare manier gebracht (debatten, interviews, toneel en zang / *buranbuur*²). Zo is onder meer reclame gemaakt voor de spreekuren via een veel bekeken Somalische televisiezender, een Ghanees radiostation en via artikelen in een Ethiopisch magazine en op social media.

In Groningen en Den Haag zijn naast het project van FSAN aanvullende activiteiten ontplooid door sleutelpersonen uit de 'pool' die actief zijn in de preventieve aanpak. In Tilburg/Den Bosch is de gezondheidsbevorderaar voor het bereiken van de doelgroep ingezet, zij is zelf van Somalische afkomst. In Rotterdam hebben de (ervaren) sleutelpersonen de doelgroep bereikt middels voorlichting en ook de vraagverheldering uitgevoerd. Zij zijn hiervoor intensief begeleid door lokale projectleiders.

In Eindhoven heeft de verpleegkundige die het spreekuur uitvoerde, sterk outreachend gewerkt, met name binnen het lokale asielzoekerscentrum. In Nijmegen heeft de huisarts die daar het spreekuur verzorgt, zelf ook goede contacten gelegd met de doelgroep. Op de websites van de uitvoerende organisaties zijn de gegevens van het spreekuur te vinden.

Ter ondersteuning van de voorlichting is een folder gemaakt over het spreekuur. Deze is door FSAN vertaald in het Somalisch, Amhaars, Tigrinya, Arabisch, Frans en Engels. De folder is te vinden op:

<http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=24342&m=1440407513&action=file.download>

Bereiken lokale professionals

De lokale professionals zijn bereikt via voorlichtingsbijeenkomsten. Het betreft o.a. huisartsen en hun praktijkondersteuners als gynaecologen, seksuologen en urologen in ziekenhuizen in de buurt, bekkenbodempfysiotherapeuten, verloskundigen, de JGZ en CJG-medewerkers in de betrokken gemeenten. Alle regio's hebben een sociale kaart voor toeleiding naar zorg voor besneden vrouwen.

² Een buranbuur is een gezongen gedicht waarin Somalische vrouwen hun gedachten, meningen en gevoelens delen over onderwerpen die hen aan het hart gaan.

Casus 6

Een vrouw woont sinds zes jaar in Nederland in asielzoekerscentra met haar man en drie kinderen. Zij is op het spreekuur gewezen door een voorlichting op het AZC door de PGA samen met een sleutelpersoon.

Het gesprek vindt plaats via de tolktelefoon. Mevrouw is als kind besneden. Ze heeft vaak pijn in de onderbuik, in de vagina en pijn bij het plassen. Ook heeft ze altijd pijn bij het vrijen. Ze heeft een regelmatige menstruatie maar deze gaat gepaard met stolsels en veel buikpijn. De pijnklachten hinderen haar in het dagelijks leven. Ze is ook ongerust. Haar man begrijpt haar niet. Ze heeft misschien nog een kinderwens. Ze is voor haar klachten één keer bij de arts van het AZC geweest. Deze gaf haar pijnstillers, maar dat hielp niet.

Tijdens lichamelijk onderzoek zijn aan de uitwendige genitaliën geen bijzonderheden zichtbaar, alleen een klein littekentje. Inwendig onderzoek en een echo laten ook geen bijzonderheden zien. De vrouw is verwezen naar een gynaecoloog met speciale aandacht voor psychosomatische klachten. De diagnose van de gynaecologe is buikpijnlachten zonder gynaecologische verklaring. Er is sprake van pijnklachten in de vulva, en daardoor pijn bij het vrijen en moeite met seksueel contact met haar man. De vrouw is angstig en vaak somber. Zij wil graag hulp. Er is een vermoeden van PTSS.

De vrouw is doorverwezen naar de GGZ voor traumabehandeling en heeft medicijnen gekregen tegen neuropathische pijn. Na de traumabehandeling zal ze waarschijnlijk nog verwezen worden naar de bekkenfysiotherapeut vanwege overactieve bekkenbodemspieren (als gevolg van angst en trauma).

Bereiken huisartsen

Huisartsen zijn een belangrijke groep in de zorg voor besneden vrouwen. Zij krijgen besneden vrouwen op hun spreekuur met lichamelijke of psychische klachten die te maken kunnen hebben met hun besnijdenis. Wanneer huisartsen niet weten dat de vrouw besneden is en/of geen achtergrondkennis hiervan hebben, kunnen zij de vrouwen niet goed behandelen. Daarom heeft Toine Lagro van Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal, dat ook het spreekuur in Nijmegen uitvoert, een nascholingsmodule voor huisartsen ontwikkeld. Deze wordt aangeboden via de Nederlandse Huisartsen Vereniging (NHV). Ook is een artikel gepubliceerd in Medisch Contact om huisartsen bekend te maken met deze problematiek.

4 Opzet van de evaluatie

De spreekuren zijn gemonitord in de periode januari 2014 t/m juni 2015. De evaluatie beoogt de volgende vragen te beantwoorden:

- hoeveel vrouwen hebben de spreekuren bezocht;
- met welke klachten zijn de vrouwen gekomen;
- hoeveel vrouwen zijn doorgeleid naar hulpverlening;
- naar welk type hulpverlening zijn de vrouwen doorgeleid;
- hoeveel lokale professionals zijn voorgelicht;
- hoe tevreden zijn de vrouwen uit de doelgroep over de spreekuren;
- hoe tevreden zijn de doorverwezen vrouwen over de verleende hulp;
- is er iets te zeggen over de behaalde gezondheidswinst?

Om deze vragen te beantwoorden, zijn vragenlijsten uitgezet, zie bijlage II t/m IV. De vragen naar aantallen zijn twee keer per jaar aangeleverd door de projectleiders op basis van gegevens van de uitvoerders van de spreekuren.

De vragen naar klanttevredenheid van het spreekuur (front-office) zijn door de vrouwen zelf beantwoord doordat de uitvoerder van het spreekuur hen het formulier heeft gegeven. Daarbij krijgt de vrouw de ruimte om het formulier in te vullen zonder dat de uitvoerder van het spreekuur daarbij aanwezig is, en doet zij het formulier in een envelop die ter plekke wordt gesloten. Doel van deze werkwijze is om de respons zo hoog mogelijk te krijgen omdat het formulier ter plekke wordt ingevuld, terwijl tegelijkertijd de privacy wordt gegeven om sociaal wenselijke antwoorden zo veel mogelijk te beperken. Als een vrouw de vragenlijst niet ter plekke kan of wil beantwoorden, bijvoorbeeld vanwege slechte taalbeheersing, dan krijgt zij een envelop mee met antwoordnummer zodat zij het formulier thuis met hulp kan invullen en naar Pharos opsturen. Van deze mogelijkheid is drie keer gebruikgemaakt. De precieze handelingswijze staat beschreven in het 'Stappenplan Monitoring' en werd besproken met de uitvoerders van de spreekuren en de sleutelpersonen tijdens de bijscholing die beide groepen ontvingen.

Gezien de soms beperkte kennis van de Nederlandse taal is de vragenlijst kort en kan de vrouw door middel van 'smiley's' de mate van (on)tevredenheid aangeven (zie bijlage II).

De 'smiley'-vragenlijst bevat de volgende vijf vragen:

- Werd je goed ontvangen door de verpleegkundige (Was de ontvangst prettig)?
- Heeft de verpleegkundige goed naar je geluisterd?
- Kon je alles vertellen?
- (Alleen bij verwijzing beantwoorden) Is er een goed plan gemaakt om je door te verwijzen?
- Algemene tevredenheid over het spreekuur

De antwoorden op deze vragen werden gegeven door een kruis te zetten achter betreffende smiley. Er waren vijf antwoorden mogelijk: Heel tevreden – Tevreden – Geen mening – Ontevreden – Heel ontevreden.

De informatie over de tevredenheid van de verleende hulp door de hulpverlener waarheen doorverwezen is (back-office), was lastig te verkrijgen omdat de vrouw dan niet meer bij het spreekuur zelf is en er tijd tussen zit. Hierop is ingespeeld door de vrouw tijdens het laatste gesprek bij het spreekuur te vragen of zij het goed vindt dat zij na verloop van tijd wordt gebeld om haar te vragen hoe de hulp haar bevalen is. Hiermee geeft de vrouw haar 'informed consent' en registreert de uitvoerder van het spreekuur haar telefoonnummer. De uitvoerder van het spreekuur belt de vrouw na de afgelopen periode op en stelt de vragen van bijlage IV:

- Naar wie werd u verwezen?
- Hoe vaak bent u geweest?
- Is de behandeling intussen afgerond?
- Hoe vond u de zorg die u kreeg?
- Indien tevreden: Wat maakt dat u tevreden bent?
- Zijn er zaken die u vervelend vond of die anders zouden moeten?

Uiteraard zijn alle gegevens strikt vertrouwelijk behandeld en zijn alleen door de onderzoeker van Pharos in te zien.

Omdat de aantallen ingeleverde formulieren over klanttevredenheid, met name die over de back-office (bijlage IV), achterbleven, is aanvullend onderzoek verricht. Via een vragenlijst op Google Drive is alle regio's gevraagd om enkele casussen in te voeren om zo meer zicht te krijgen op het verloop van het proces (zie figuur 2, getrapte begeleidings- en verwijzingsproces), de aard van de klachten, de tijdsinvestering en de samenwerking met de back-office. Ook zijn casusbeschrijvingen aangeleverd via de projectleiders en zijn verschillende interviews gehouden.

N.B Outcome

Bij het monitoren van de resultaten van dit project is zowel ingezet op output als op outcome. Voor de output is gekeken naar aantallen vrouwen die met voorlichtingen zijn

bereikt, aantallen vrouwen die daadwerkelijk op het spreekuur zijn gekomen, waarheen zij zijn doorverwezen enzovoort. Ook is getracht een beeld te vormen van de outcome: het daadwerkelijke effect op de vrouwen, de verandering die tot stand is gebracht in hun leven. In dit project gaat het erom of de klachten verholpen zijn en de vrouwen zich beter voelen na het hulptraject. Het meten van outcome is niet eenvoudig en vraagt eigenlijk diepgaand kwalitatief onderzoek. Gezien de beperkte middelen die beschikbaar waren voor monitoring, is zo veel mogelijk ingezet op het kwantificeren van de outcome en op het inzetten van degenen die het spreekuur bemensen voor het verzamelen van de gegevens. Dit heeft geleid tot een beperkt aantal gegevens die iets kunnen zeggen over de outcome van het project. Aangevuld met casusbeschrijvingen en interviews geven deze cijfers toch een beeld van de gezondheidswinst en de verbetering van welbevinden van de vrouwen.

5 Resultaten van de pilots

Dit hoofdstuk is opgedeeld in:

- kwantitatieve informatie over de spreekuren;
- kwalitatieve informatie over de spreekuren;
- een overzicht van de tevredenheid van de vrouwen.

5.1 Kwantitatieve informatie over de spreekuren

Op het formulier uit bijlage III hebben de regio's periodiek vermeld hoeveel personen uit de gemeenschappen bereikt zijn middels voorlichtingen en bijeenkomsten. Indien we de cijfers van de locaties Eindhoven, Tilburg/Den Bosch, Den Haag, Rotterdam en Noord-Nederland bij elkaar optellen, blijkt dat in 2014 in totaal 1745 personen, waaronder ook tientallen mannen, uit de gemeenschappen bereikt zijn - dat wil zeggen dat zij op de hoogte zijn gebracht van het bestaan en de werkwijze van het spreekuur.

Naar aanleiding van deze voorlichtingen (groepsgewijs en individueel) meldden zich in 2014 153 besneden vrouwen op de spreekuren in Den Haag, Eindhoven, Tilburg/Den Bosch en Groningen. Uit de document waarmee de tevredenheid geïnterviewd werd (bijlage II) valt op te maken dat in 2014 in Rotterdam 81 vrouwen een individueel vraagverhelderend gesprek hadden met een sleutelpersoon – te vergelijken met de gang naar het spreekuur. In totaal hebben dus $153 + 81 = 234$ vrouwen gebruikgemaakt van de mogelijkheid zich te melden met hun vragen en problemen.

Daarnaast is gevraagd om aan te geven in hoeverre vrouwen contact hadden met de uitvoerders van het spreekuur via de telefoon. Alleen uit Den Haag, Eindhoven en Tilburg/Den Bosch zijn daarover gegevens aangeleverd. In totaal zijn op die locaties 63 telefonische gesprekken gevoerd met besneden vrouwen.

Casus 7

Een vluchteling komt uit Soedan. Zij is 36 jaar oud en woont zes maanden in het AZC. Ze spreekt geen Nederlands, er is gebruikgemaakt van de tolkentelefoon.

De vrouw heeft ernstige buikpijnlachten en die pijn wordt erger tijdens de menstruatie. Ook slaapt zij slecht en is somber.

De arts van het asielzoekerscentrum heeft haar naar de mannelijke GGZ-praktijkondersteuner gestuurd. Deze heeft haar antidepressiva en slaaptabletten gegeven. Hij heeft niet naar een eventuele besnijdenis gevraagd en zij heeft er niet over verteld. Nadat de praktijkondersteuner een training kreeg over VGV verwees hij de vrouw door naar het spreekuur. Dan blijkt dat ze faraonisch besneden is en dat ze zelf nog nooit de relatie tussen haar menstruatie- en buikpijnlachten en de besnijdenis heeft gelegd. Voorzichtig en ook beschaamd vertelt ze het verhaal van haar besnijdenis en ook haar vluchtverhaal.

Citaat

“Ik weet niet wat er met mij aan de hand is. Ik ben angstig voor seks. Ik ben nu vier maanden in Nederland. In de Libische gevangenis ben ik veelvuldig verkracht. De dokter van het Sense-sprekuur heeft Soa/HIV-testen afgenomen en heeft mij goed onderzocht. Zij heeft mij met een spiegel mee laten kijken. Ik probeer dit stukje nu een plekje te geven. Ik ben ook doorverwezen naar de GGZ voor traumabehandeling.”

Een deel van de vrouwen werd, nadat ze het spreekuur bezochten, doorgeleid naar een medische professional. Van alle vrouwen die op het spreekuur zijn gekomen of een individueel gesprek hebben gehad met een Rotterdamse sleutelpersoon, in totaal 234 vrouwen, werden 161 vrouwen doorverwezen voor verdere zorg (68 %). Ongeveer twee op de drie vrouwen die naar het spreekuur zijn gekomen, blijken dus zodanige problemen te ervaren dat professionele hulpverlening geboden was. Van belang hierbij is wel dat de hulpvraag van deze vrouwen nu ook helder is voor ze bij de hulpverlening aankloppen.

	N =	In procent
Bereikt via voorlichting	1745	100%
Telefonisch contact	63	3,6%
Op spreekuur / individueel gesprek (R'dam)	234	13,4%
Toeleiding verdere zorg	161	9,2% van totaal aantal 68% van aantal vrouwen op spreekuur

Figuur 3: Aantallen bereikte vrouwen en toeleiding professionele nazorg

Conclusie: 234 van de 1745 vrouwen (13,4%) maakte na voorgelicht te zijn, gebruik van de mogelijkheid om het spreekuur te bezoeken. Iets meer dan tweederde van het aantal bezoekers van het spreekuur wordt doorverwezen naar professionele hulpverleners.

5.2 Kwalitatieve informatie over de spreekuren

Aan de uitvoerders van het spreekuur en de sleutelpersonen is gevraagd om casuïstiek aan te leveren zodat een goed beeld gegeven kan worden van het VGV-spreekuur in de verschillende gemeenten. Naast korte casuïstiekbeschrijvingen – zie de linkerpagina's – werd een digitale vragenlijst samengesteld met als doel meer inzicht te krijgen in:

- de gang van zaken (het proces; wat gaat goed, wat kan beter);
- de aard van de vragen en problemen (medisch, sociaal, psychologisch) die op het spreekuur besproken worden;
- hoe met de klachten die tijdens het spreekuur ter sprake komen, verder omgegaan wordt (relatie met de back-office).

De vragen zijn gekozen op basis van gesprekken met sleutelpersonen en uitvoerders van het spreekuur, en op basis van informatie op de verschillende formulieren. In de meeste gevallen hebben de uitvoerder van het spreekuur en een sleutelpersoon in overleg met elkaar de vragenlijst beantwoord. De vragen dienden per casus te worden beantwoord. De vragenlijst is in totaal 19 keer beantwoord waarbij in een aantal gevallen niet alle vragen beantwoord zijn (missing cases).

De vragenlijst bevatte 18 meerkeuzevragen – waarbij in een aantal gevallen meerdere antwoorden mogelijk waren – en twee vragen waarop tekstueel geantwoord kon worden. De meest inzichtgevende vragen en antwoorden worden door middel van een grafiek weergegeven, de andere alleen tekstueel.

Ervaringen van een van de verpleegkundigen van het spreekuur

De vrouwen hebben een grote informatieachterstand: Bij elk consult moest ik beginnen bij het begin: de werking van de voortplantingsorganen uitleggen met behulp van illustraties, wat gebeurt er bij een zwangerschap? Hoe ziet een onbesneden vagina eruit en hoe ziet een besneden vagina eruit? Wat is het maagdenvlies, wat is de bekkenbodem. Daarbij besteed ik veel aandacht aan de vooroordelen die er zijn rond deze onderwerpen.

Vrouwen weten wel dat VGV in Nederland niet mag, maar waarom weten ze niet allemaal. Wat betreft de relatie tussen medische problemen en VGV is er een grote kennisachterstand. Ook moeten de vrouwen leren welke gezondheidsproblemen bij de dokter horen en welke niet, en hoe ze hun klachten moeten presenteren aan de dokter.

Somalische vrouwen hebben vaak veel kinderen. Het komen naar het ziekenhuis is een grote opgave, huisbezoeken werken veel beter. De vrouw voelt zich veilig in haar eigen omgeving en praat gemakkelijker. De spreekuren moeten dus zo laagdrempelige mogelijk zijn.

Financiën zijn vaak een probleem voor de vrouwen. Het komt regelmatig voor dat de familie in Afrika hen onder druk zet om geld te sturen. Vrouwen lezen geen Nederlands; zelfs al kunnen ze redelijk Nederlands praten, dan is het toch nog moeilijk om het te lezen laat staan te begrijpen. De regelgeving in Nederland is ingewikkeld. Tijdens het spreekuur van een sleutelpersoon komen vrouwen soms met rekeningen aan. Er spelen dus meer problemen dan alleen VGV. In een voorlichting heb ik uitgelegd hoe onze gezondheidszorg werkt omdat niemand het wist. Deze vrouwen denken dat het in Nederland allemaal opgelost wordt. De eigen bijdrage van de behandelingen is een probleem voor de vrouwen. Iemand moet dan het heft in handen nemen om met de ziektekostenverzekeraar afspraken te maken over termijnbetalingen. Dit kost veel tijd.

Een ander probleem wat ik veel tegenkom is ongezonde voeding en overgewicht. Een moeder die haar kind van 2,5 jaar alleen maar koekjes en limonade geeft. Zij denkt dat het gezond is omdat zij een sinaasappel en een appel op de verpakking ziet staan. De moeder is diabeet, het kindje heeft zeer ernstig overgewicht. Soms lijkt het of de hulpverleners ook afhaken. Het is een kwestie van een lange adem.

Ook family planning is een aandachtspunt. Soms spreek ik vrouwen die meer dan vier kinderen hebben en op het spreekuur komen omdat ze zwanger wil of moet worden. Zoals een vrouw van 46 jaar die acht kinderen heeft waarvan de jongste 3 jaar is. Zij heeft de laatste drie jaar twee miskramen gehad en smeekt om vitamines om zwanger te worden. Er is veel meer tijd nodig om vrouwen bewust te maken van de grenzen voor hun eigen gezondheid en wat haalbaar is met financiën. Soms zijn er opvoedingsproblemen. Doordat vrouwen slecht Nederlands spreken, is er te weinig contact met school.

Hoe is de vrouw bij het spreekuur terechtgekomen?

De meeste vrouwen zijn via voorlichtingsbijeenkomsten op de hoogte gebracht van de mogelijkheid van het spreekuur (41,7%). Van de vrouwen werd 16,7% tijdens een huiskamergesprek naar het spreekuur verwezen. Onder het kopje 'overig' (33,3%) vallen verwijzingen naar het spreekuur via een advocaat (asiel), gynaecoloog of een spreekuur voor ongedocumenteerden. Enkele bezoekers vonden de weg via-via of door berichten uit de media (krant, SomaliTV).



Figuur 4: Hoe is de vrouw bij het spreekuur terechtgekomen?

Voor bijna de helft van de bezoekers van het spreekuur (45,5%) was één contactmoment met een sleutelpersoon voldoende voor ze naar het spreekuur kwamen. Bij iets meer dan een derde (36,4%) waren twee contactmomenten nodig terwijl een zesde van de vrouwen (18,2%) het spreekuur pas na drie of meer contactmomenten bezocht.

Hoeveel bezoeken bracht een vrouw met klachten aan het spreekuur?

In de meeste gevallen (72,7%) was één bezoek aan het spreekuur voldoende terwijl een op de zes vrouwen (18,2%) die het spreekuur bezochten dat meer dan twee maal deden. In 75% van de gevallen hield de bezoekende vrouw zich nauwgezet aan de gemaakte afspraken.

Kwam de vrouw naar het spreekuur samen met een sleutelpersoon?

In de meeste gevallen (41,7%) was de bezoekende vrouw vergezeld van een sleutelpersoon. Bij een op de drie bezoeken (33,3%) kwam de vrouw alleen, terwijl een op de zes bezoekende vrouwen door een kennis of familielid begeleid werd. Een op de twaalf (8,3%) bezocht het spreekuur alleen de eerste keer met iemand samen en daarna alleen.

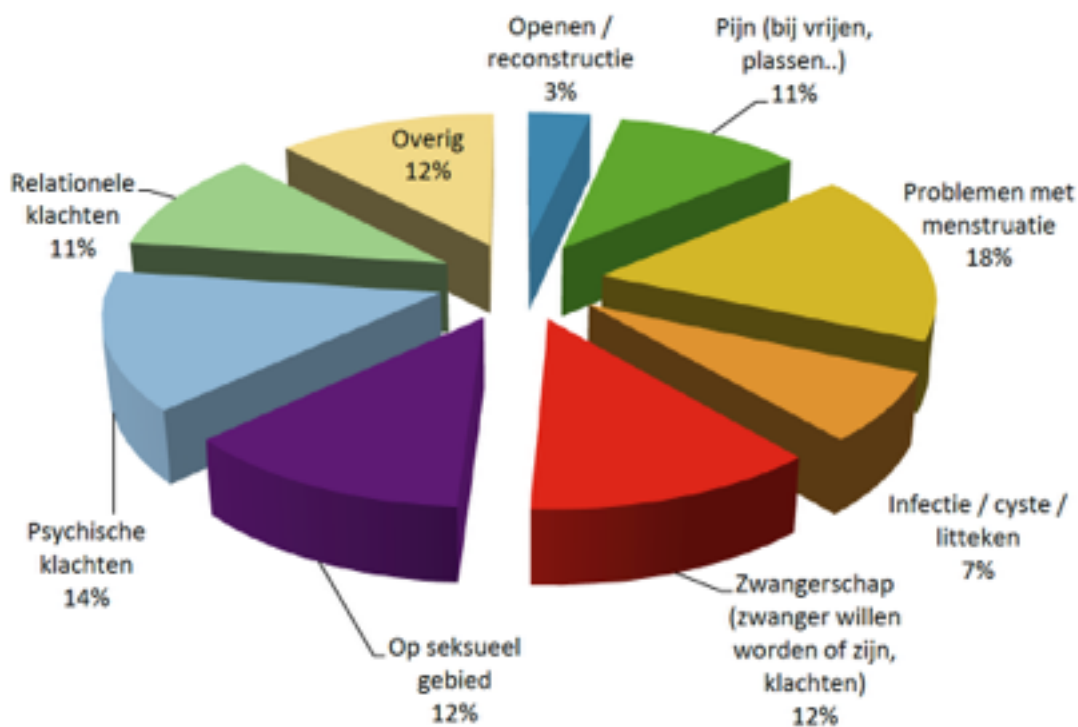


Figuur 5: Kwam de vrouw naar het spreekuur met een sleutelpersoon?

Een tolk is slechts een aantal keer ingeschakeld. Voor de meeste spreekuurlocaties geldt dat de begeleidende sleutelpersoon het gesprek op gang weet te houden. In slechts twee van de zeventien gevallen (9,1%) werd een tolk ingeschakeld. Wel werden opmerkingen gemaakt wat het gebruik van de tolk betreft. De meeste locaties gaven aan dat 'er geen budget is' voor tolken. In twee gevallen werd aangegeven dat een mannelijke tolk een groot probleem is bij het praten over seks: "Dat was een erg lastige situatie, de patiënte voelde zich niet op haar gemak. Ik denk niet dat ze echt verteld heeft waar ze mee zat. Het beste is: iemand meenemen naar het spreekuur die de taal spreekt."

Voor welke VGV-gerelateerde klacht kwam de vrouw bij het spreekuur?

Bij deze vraag kon men meerdere antwoorden geven. Uit de antwoorden blijkt dat veel vrouwen inderdaad met meer dan één klacht naar het spreekuur kwamen. Naast de percentages zoals aangegeven in de grafiek (de melding van klachten in verhouding tot elkaar) is per klacht berekend hoe vaak deze gepresenteerd werd. In meer dan de helft van de gevallen melden de bezoekende vrouwen dat ze problemen hebben met de menstruatie (55,6%). Opmerkelijk is het feit dat bijna de helft van de bezoekende vrouwen (44,4%) aangeeft ook psychische klachten overgehouden te hebben aan de besnijdenis. Andere vaak voorkomende en aan VGV gerelateerde klachten zijn: op seksueel gebied (38,9%), met betrekking tot zwangerschap (38,9%), pijnklachten (33,3%) en relationele klachten (ook een op drie). Onder het vakje overig vallen met name vragen over de 'Verklaring tegen meisjesbesnijdenis' en klachten over de ontlasting of bekkenbodem.



Figuur 6: Om welke VGV-gerelateerde klacht ging het?

De daaropvolgende vraag was: komen de klachten die de vrouw tijdens het spreekuur uit overeen met de klachten die ze in het eerste contact met de sleutelpersoon aangeeft? In de helft van de gevallen is dat zo maar vaak worden tijdens het spreekuur ook andere klachten genoemd.

Welke andere klachten zijn tijdens het spreekuur geuit?

Ook bij deze vraag geldt dat meerdere antwoorden mogelijk waren. Duidelijk is dat vrouwen die het spreekuur bezoeken in veel gevallen met vragen komen die niet direct gerelateerd zijn aan VGV. Vragen met betrekking tot de opvoeding zijn echter in het geheel niet gesteld (0%). Maar alle andere klachten wel. In bijna de helft van de gevallen had men vragen of klachten op psychisch gebied (46,7%) maar ook vragen over in hoeverre dreiging van VGV reden is voor asiel werden in een op de drie gevallen gesteld (33,3%).



Figuur 7: Welke andere klachten zijn tijdens het spreekuur geuit?

Opvallend is dat relatief veel vrouwen ook lichamelijke klachten presenteren die niet direct met VGV te maken hebben (40%). Uit de commentaren in het vak 'Opmerkingen' wordt een paar keer aangegeven dat de vrouw erg aarzelt om met haar klachten naar de huisarts te gaan. Onder het item 'Overig' (ook 40%) rapporteren de sleutelpersonen en uitvoerders van het spreekuur verschillende zaken waaronder seksueel geweld, moeilijkheden met de behandelaar (moeilijke communicatie) of de verzekering (reconstructie operatie; verwijzing naar bekkenbodempfysiotherapeut) en twee maal dat de klachten die men heeft problemen veroorzaken op het werk (hoog ziekteverzuim).

Duur van het consult

Wat de duur van het consult op het spreekuur betreft, geeft 55,6% aan dat een gesprek langer dan een uur duurt terwijl dat bij een op de drie (33,3%) tussen een half uur en een uur duurt. Slechts in 11% van de gevallen kan worden volstaan met een gesprek dat minder dan een half uur duurt.

Casus 8

Er belt een vrouw die het telefoonnummer van het spreekuur via-via heeft gekregen. Zij wilde tijdens het gesprek uitdrukkelijk anoniem blijven. Zij is 35 jaar en woont meer dan tien jaar in Nederland.

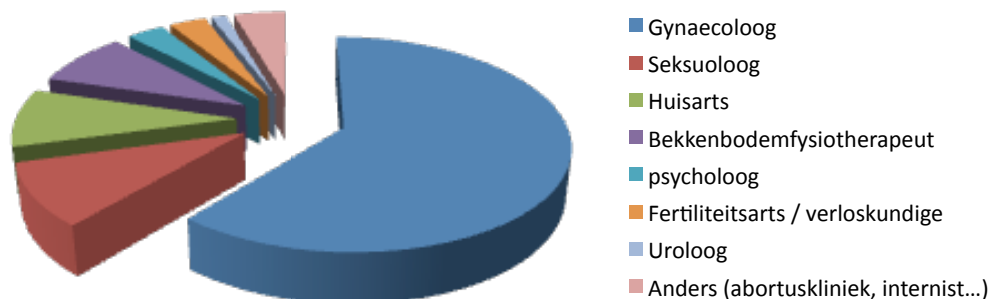
De eerste keer heeft de verpleegkundige een huisbezoek gebracht. In dit huisbezoek vertelt de vrouw dat zij een documentaire op tv heeft gezien over een hersteloperatie.

Deze vrouw is op vijfjarige leeftijd faraonisch besneden. Zij heeft een sterke herinnering daaraan vanwege de pijn (traumatische gedachten). Ze heeft drie zoons die in Nederland geboren zijn, waarvan twee met een keizersnede. In 2004 is zij twee keer operatief geopend, maar beide keren groeide de wond weer dicht. De vrouw heeft geen seksueel gevoel en voelt zich daarom geen vrouw. Door haar (ex-echtgenoot) werd zij vernederd voor haar 'koude' gevoelens. De vrouw heeft regelmatig last van blaasinfecties en vaginale schimmelinfecties. Als zij menstrueert, zitten er stukjes zwart vlees bij het bloed. Zij vraagt zich nu af of haar vagina weer dichtgegroeid is. Zij wil graag seksuele gevoelens hebben. Bij geslachtsgemeenschap is zij gespannen. Ook vraagt zij zich af welk anticonceptiemiddel het meest geschikt is in relatie tot haar problemen.

Tijdens het spreekuur krijgt mevrouw adviezen over vaginahygiëne en anticonceptie. Ook heeft zij uitleg gekregen over de relatie tussen traumatische ervaring en herinneringspijn. Om in- en ontspanning te ervaren/leren, heeft zij uitleg gekregen hoe een bekkenfysiotherapeut werkt en wat deze voor haar kan betekenen. Ook is zij samen met de verpleegkundige naar de gynaecologe geweest. Onder het dichtgehechte stuk voelt de gynaecologe dat haar clitoris nog intact is. De gynaecoloog heeft voor de vrouw een afspraak gemaakt bij de seksuoloog, de vrouw is hier erg blij mee. De verpleegkundige heeft haar aangemeld bij de bekkenfysiotherapeut. Zij is inmiddels gestart met de behandelingen.

Naar wie werd door de uitvoerders van het spreekuur toegeleid?

Uit het gesprek tijdens het spreekuur kan blijken dat meer zorg of specialistische zorg nodig is. Naar welke discipline doorverwezen wordt, valt af te leiden uit onderstaand diagram.



Figuur 8: Naar welke zorgverlener werd doorgeleid?

Hier zit enige vertekening in: de meeste gegevens komen van de twee locaties waar het spreekuur verbonden is aan een ziekenhuis (Eindhoven, Den Haag). Contact tussen het spreekuur en de gynaecoloog in huis is dan sneller te verwezenlijken dan wanneer het spreekuur gedragen wordt door sleutelpersonen (Rotterdam).

Contact met de back-office

Ook zijn vragen gesteld over het contact met de back-office, waaronder met de huisarts van de bezoekende vrouw of met andere disciplines waarnaar verwezen werd. Het contact met de back-office verloopt over het algemeen telefonisch of direct – dat laatste met name op de locaties waar het spreekuur in het ziekenhuis plaatsvindt (Den Haag en Eindhoven). In één geval verliep het contact via e-mail. De samenwerking met de back-office wordt als overwegend positief bestempeld (66,7%). In twee gevallen geeft men aan dat het contact met de huisarts wat moeizaam verloopt.



Figuur 9: Contact met de huisarts

Uit bovenstaande grafiek valt op te maken dat er in de meeste gevallen (47,1%) geen contact is met de huisarts. Deels ligt dit aan het feit dat niet elk bezoek aan het spreekuur uitmondt in verdere nazorg; de vraag of het probleem waar men mee kwam was afdoende opgelost of behandeld. Deels ligt dat ook aan het feit dat bij verwijzingen intern (ziekenhuizen in Den Haag en Eindhoven) het contact met de huisarts via de back-office verloopt. In alle andere gevallen wordt de huisarts vooraf dan wel achteraf op de hoogte gebracht.

Casus 9

Een jonge vrouw die een besnijdenis onderging heeft al langer erg veel (pijn)klachten bij haar menstruatie. Mevrouw wil graag doorverwezen worden naar een seksuoloog. Bij het consult weigert de huisarts echter een verwijsbrief te schrijven voor de seksuoloog. Hij schrijft een recept voor een anticonceptiepil voor drie maanden en wil dat mevrouw deze gaat proberen. Als de klachten dan nog niet minder worden, moet ze terugkomen. Ook nadat de meegekomen sleutelpersoon uitlegt dat de vrouw besneden is en graag een consult wil bij de seksuoloog van het Erasmus, weigert de huisarts. De jonge vrouw vertelt de sleutelpersoon nadat ze buiten zijn dat zij de pil niet wil slikken. Ze wil na die drie maanden terug naar de huisarts gaan, samen met de sleutelpersoon, om alsnog te proberen een verwijzing voor de seksuoloog te krijgen.

Citaat

“Ik ben één keer bij de gynaecologe geweest via het spreekuur. Ik ben 20 jaar en word binnenkort uit Nederland gezet. Dit is de laatste kans om deze behandeling te krijgen. De verpleegkundige heeft alles voorbereid bij de dokter in het ziekenhuis. Ik ben faraonisch besneden en de gynaecologe heeft mij meteen open gemaakt. De specialist heeft een brief geschreven voor mijn toekomstige man dat ik om medische redenen open ben gemaakt.”

Contact na verwijzing

De laatste vraag ging over in hoeverre de sleutelpersoon dan wel de uitvoerder van het spreekuur ook na verwijzing naar de back-office nog contact onderhield met de vrouw. In bijna de helft van de gevallen werd nadien nog contact opgenomen (46,2%), in 30,8% van de gevallen was er geen contact meer. Uit de opmerkingen van de sleutelpersonen en uitvoerders van het spreekuur blijkt dat de bezoekende vrouw in een aantal gevallen niet meer te traceren was (ander mobieltje?) of verhuisd was naar een ander land.

5.3 Gegevens over de tevredenheid van de vrouwen

5.3.1 Tevredenheid met het spreekuur

In totaal zijn 133 vragenlijsten ingevuld over de tevredenheid van het spreekuur. De meeste formulieren zijn niet volledig ingevuld, met name bij vraag 4 zijn slechts 79 antwoorden gegeven. Het betreft de vraag 'Is er een goed plan gemaakt om je door te verwijzen?' Dat deze vraag niet door iedereen is beantwoord, komt doordat niet elke vrouw die het spreekuur bezocht ook doorverwezen is. In een deel van de gevallen was de hulp of informatie die op het spreekuur werd gegeven al voldoende. Ook de laatste vraag naar de algemene tevredenheid is minder vaak beantwoord (111 maal). Mogelijk speelt hier mee dat bezoekende vrouwen eerst wilden afwachten hoe ze de nazorg door de back-office ervoeren, voor ze er een antwoord op wilden/konden geven.

Vraag 1: Werd je goed ontvangen door de verpleegkundige (Was de ontvangst prettig)?

Opvallend is dat een groot aantal vrouwen aangeeft tevreden te zijn met de ontvangst op het spreekuur: 69% geeft aan 'heel tevreden' te zijn en 28% is tevreden. Geen van de bezoekende vrouwen is ontevreden of heel ontevreden. Vier vrouwen (uit Rotterdam) hebben 'geen mening' (3%). In Rotterdam, waar de meeste smiley vragenlijsten zijn ingeleverd (N = 81), zijn de bezoekende vrouwen over het algemeen wat meer genuanceerd dan op andere locaties.

Vraag 2: Heeft de verpleegkundige goed naar je geluisterd?

Ook wat dit betreft wordt hoog gescoord op tevredenheid: 68% is heel tevreden en 30% is tevreden met hoe naar hen geluisterd wordt. Slechts twee personen van de 132 (< 2%) is een andere mening toegedaan (geen mening).

Vraag 3: Kon je alles vertellen?

Opvallend bij deze vraag is dat men overwegend zeer positief reageert. Op de locaties Tilburg/Den Bosch en Rotterdam kruisen enkele vrouwen 'geen mening' aan. Van de 11 vrouwen uit Tilburg/Den Bosch die de vragenlijst invulden zegt meer dan de helft tevreden te zijn, drie vrouwen zijn heel tevreden en twee vrouwen hebben 'geen mening'. In Rotterdam waar het spreekuur in de thuissituatie plaatsvindt en niet op een externe locatie zijn 28 van de 76 vrouwen die de lijst invulden heel tevreden (37%), zijn 42 vrouwen tevreden (55%) en hebben zes vrouwen geen mening (8%).

Interview met een sleutelpersoon

Ik geef nu vijf jaar voorlichting over VGV, de laatste anderhalf jaar ook over het spreekuur. Ik doe huisbezoeken en geef voorlichtingen op het asielzoekerscentrum, aan Somalische, Eritrese en Sudanese vrouwen.

Bij een voorlichting of huisbezoek begin ik niet meteen over VGV. Je moet eerst vertrouwen opbouwen en het gezellig hebben met elkaar. Dan ontstaat een goede sfeer om het samen over vertrouwelijke dingen te kunnen hebben.

Ik leg uit hoe de situatie in Nederland is: dat VGV niet mag en dat dat komt doordat het gezondheidsproblemen oplevert. Ik vertel over de klachten die vrouwen kunnen krijgen als gevolg van hun besnijdenis. Dan vraag ik of ze die klachten herkennen. Daardoor gaan ze snappen dat die klachten door hun besnijdenis komen. Sommige vrouwen praten erover maar bij anderen is de schaamte te groot; ze willen het er niet over hebben. Bij een voorlichting in grotere groepen is dat gemakkelijker: dan kunnen de vrouwen die niet willen praten hun mond houden, en horen ze toch wat anderen erover zeggen.

Het opbouwen van vertrouwen en het geven van zelfvertrouwen is een belangrijke fase in de voorlichting. Ik vertel de vrouwen dat ze zich niet hoeven te schamen, dat er met hun niets mis is. Dat VGV een culturele traditie is, dat men niet wist dat het schadelijk is. Daardoor krijgen vrouwen de kracht om erover te praten. Soms huilen de vrouwen tijdens de voorlichtingen.

Het is niet genoeg om één keer voorlichting te geven. Je brengt een proces op gang bij de vrouwen dat de tijd moet krijgen. Doordat de vrouwen hier komen in een andere cultuur, gaan ze anders kijken naar hun besnijdenis. Ze gaan zich realiseren dat hun klachten het gevolg zijn van hun besnijdenis en dat ze dat niet meer kunnen terugdraaien. Dat is een pijnlijke realisatie, het gaat dan om acceptatie. Dat kost tijd. Het is ook een rouwproces, een genezingsproces. Je kunt dat proces niet versnellen.

Het is deel van de integratie in Nederland om te horen over de cultuurverschillen tussen daar en hier, en hoe de wet en het gezondheidssysteem hier in elkaar zitten. De vrouwen die al langer in Nederland zijn, lichten de vrouwen voor die hier minder lang zijn. Zo gaat het.

Het kost moeite om de vrouwen naar het spreekuur te krijgen. Daar doen ze goed werk: ze krijgen uitleg en advies. Soms zijn de vrouwen teleurgesteld omdat de schade niet hersteld kan worden. Soms ook vinden de vrouwen het lastig om geopend te worden. Er is geld betaald om hen dicht te maken, ook na een bevalling, en dan moet je nu geld betalen om je weer open te laten maken. Dat is gek. Hun lichaam verandert door het open maken, het voelt anders en ziet er anders uit. Dat is opnieuw een acceptatieproces.

Vraag 4: Is er een goed plan gemaakt om je door te verwijzen?

Deze vraag hoefde alleen te worden ingevuld als er sprake was van doorverwijzing naar een andere zorgprofessional. Deze vraag ging erover of de toeleiding de goedkeuring van de vrouwen had.

Zoals eerder al aangegeven, hebben 79 vrouwen deze vraag beantwoord, op een totaal van 133. Dit komt neer op 60%, terwijl uit figuur 3 blijkt dat 68% van de vrouwen is doorverwezen. Dus 8% van de vrouwen is wel doorverwezen maar heeft deze vraag niet ingevuld. Een oorzaak zou kunnen zijn dat de vrouwen de vraag ingewikkeld vonden.

Van de vrouwen die de vraag wel hebben beantwoord, geven er 48 aan heel tevreden te zijn (61%), 14 zijn tevreden (18%) en 17 hebben geen mening (21%). Het percentage vrouwen dat geen mening heeft, is wat hoger dan bij de eerdere vragen. Hiervoor is geen verklaring gevonden.

Vraag 5: Algemene tevredenheid over het spreekuur

Deze vraag is door 111 van de 133 vrouwen beantwoord, door 22 vrouwen dus niet.

Mogelijk was de vraagstelling wat ongelukkig en begreep men de strekking ervan niet helemaal. Of men wilde, zoals eerder aangegeven, eerst ervaren hoe de zorgprofessionals in de back-office met hun problemen omgaan? Wat (on)tevredenheid betreft wijken de cijfers niet af van voorgaande vragen; men is overall heel tevreden dan wel tevreden (bij elkaar 86%).

Ook bij deze vraag is Rotterdam enigszins afwijkend. Van de in totaal 60 vrouwen uit die stad hebben 15 (een kwart) 'geen mening' over deze vraag.

Vragen	Resultaten				
	heel tevreden	tevreden	geen mening	ontevreden	heel ontevreden
1 De ontvangst	89	38	6	0	0
2 Werd goed geluisterd?	89	41	2	0	0
3 Heb je alles kunnen vertellen?	69	49	9	0	0
4 Is het goed plan? (alleen bij verwijzing)	48	14	17	0	0
5 Algemene tevredenheid	61	34	16	0	0

Figuur 9: De tevredenheid van de vrouwen over hun bezoek aan het spreekuur

5.3.2 Tevredenheid met de behandeling door back-office professionals

In totaal zijn 68 (vaak onvolledige) formulieren ingevuld. De meeste formulieren (54 = 79,4%) komen uit de locaties waarbij het spreekuur gevestigd is in een ziekenhuis (Den Haag in het Haga Ziekenhuis en Eindhoven in het Catharina Ziekenhuis). Veel verwijzingen verlopen dan intern, naar gynaecologen, verloskundigen, de maag-darm specialist of fertiliteitsarts.

Op de andere locaties vond men het moeilijk om deze formulieren ingevuld te krijgen. Deels had dat te maken met de mobiliteit van veel vrouwen; men is vaker en langere tijd op bezoek bij familieleden in een andere EU-land of het land van herkomst. Ook het veranderen van het mobieltje en/of van telefoonnummer maakte dat vaker niet dan wel nadien contact te krijgen was een vrouw.

In onderstaande figuur is te zien welke antwoorden zijn gegeven op de vragen over tevredenheid van de verdere behandeling ná het spreekuur.

Vragen bij verwijzingen naar de back-office					
1.	Hoe vond u de zorg die u kreeg?				
	Heel tevreden	tevreden	weet niet	ontevreden	heel ontevreden
	41	20	2	4	1
2.	Wat maakt dat u tevreden bent?				
	De zorgverlener begreep het probleem				55
	Er werd een tolk ingeschakeld				9
	Ik weet beter hoe ik met mijn klachten moet omgaan				22
	Mijn klachten / problemen zijn over				16
3.	Zijn er zaken die u vervelend vond of die anders moeten:				
	De gerapporteerde ontevredenheid (N=5) betreffen in twee gevallen het feit dat de arts geen verklaring wilde schrijven (in kader van de asielaanvraag), in twee gevallen het moeten betalen van de eigen risico en in het laatste geval een mevrouw die in het buitenland woont en om die reden niet geholpen werd door de gynaecoloog.				

Figuur 10: Vragen bij verwijzingen naar de back-office

De cijfers bij vraag 1 laten zien dat de overgrote meerderheid van de vrouwen positief is over de behandeling door de back-office; 90% is heel tevreden of tevreden. De tweede vraag betreft de reden van de (on)tevredenheid. Meerdere antwoorden waren mogelijk en dan blijkt dat die tevredenheid vooral ligt aan het feit dat men zich begrepen voelt en men nu beter dan voorheen weet om te gaan met de klacht. In een aantal gevallen werd de klacht in zijn geheel verholpen (met name bij een defibulatie en bij vragen aan een fertiliteitsarts).

Van de vijf vrouwen die ontevreden waren, betrof de ontevredenheid niet de medische behandeling op zich, eerder het feit dat de professional niet meeging in de verwachting van de patiënt (asielaanvraag) of vanwege de kosten die verbonden zijn aan een medische behandeling (het eigen risico).

Uit andere opmerkingen die op dit formulier staan valt op te maken dat een verwijzing naar de psycholoog of psychiater niet altijd gewaardeerd wordt – ondanks dat een aantal vrouwen aangeeft psychische klachten te hebben (traumagerelateerd). Men is bang het stigma ‘zij is gek’ te krijgen. Het maakt helder dat hier nog een brug te slaan is en dat duidelijker gemaakt zou moeten worden wat de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland voor deze vrouwen kan betekenen.

Vanwege de moeite op de meeste locaties om deze vragenlijst ingevuld te krijgen, zijn ter aanvulling casuïstiekbeschrijvingen gemaakt. Een aantal van deze casussen staan op de linkerpagina in dit rapport. Uit deze casussen en uit de verslagen van de huiskamer-bijeenkomsten en -gesprekken van de sleutelpersonen valt op te maken hoe de vrouwen de zorg waarderen die door de back-office geleverd wordt.

5.3.2 Samenvatting resultaten

In 2014 zijn 1745 mensen voorgelicht over de spreekuren ‘Toeleiding naar zorg voor besneden vrouwen’. Daarnaast is ook op andere manieren het spreekuur bekendgemaakt. Dit had tot gevolg dat in 2014 234 vrouwen de spreekuren bezochten. Hiervan is 68% doorverwezen naar verdere hulpverlening. De meeste vrouwen namen, in ieder geval de eerste keer, iemand mee: een sleutelpersoon of een vriendin/familielid. De vrouwen komen met diverse aan VGV gerelateerde klachten, vaak gaat het over menstruatie, psychische klachten, problemen rond seksualiteit of zwanger worden. Tijdens het spreekuur komen meestal ook niet aan VGV gerelateerde klachten naar voren, zoals sociaal-maatschappelijke problemen (geld, werk, asielstatus, zorgverzekering) of andere psychische, lichamelijke of relationele problemen. Als vrouwen doorverwezen worden, is dan is dat meestal naar de gynaecoloog en in mindere mate naar de bekkenfysiotherapeut, de huisarts, een verloskundige of seksuoloog. Zorg op psychisch gebied lijkt nodig maar een verwijzing naar een psycholoog of psychiater stuit vaak op verzet van de vrouw (vanwege onbekendheid en stigma).

De samenwerking met de back-office verloopt over het algemeen naar tevredenheid van de vrouwen en de uitvoerders van het spreekuur. In meer dan de helft van de gevallen is er geen contact met de huisarts. Dit komt deels doordat er dan geen sprake is van doorverwijzing, deels omdat Sense-artsen zelf kunnen doorverwijzen en deels omdat de verwijzing via de back-office verloopt.

De vrouwen zijn over het algemeen erg tevreden over het spreekuur en ook over de back-office. Van de vrouwen die bij het spreekuur komen, is bij 32% geen doorverwijzing nodig. Van de vrouwen die wel zijn doorverwezen, zijn bij 24% de klachten verdwenen en 32% geeft aan dat zij er beter mee kunnen omgaan. Een grote meerderheid voelt zich gehoord door de hulpverleners.

6 Conclusies en aanbevelingen

Sleutelpersonen en vrouwen uit de doelgroep geven aan dat er behoefte is aan een spreekuur dat besneden vrouwen toeleidt naar de juiste zorg indien nodig. In bijna een derde van de gevallen is toeleiding naar verdere zorg niet nodig of zijn er andere redenen dat niet doorverwezen wordt³. De tevredenheid van de vrouwen geeft aan dat het spreekuur de vrouwen op de juiste manier van informatie en advies dient. Hiermee wordt gebruikmaking van duurdere zorg en veelvuldig huisartsenbezoek voorkomen.

Er zijn verschillen tussen de regio's in aantallen vrouwen die naar het spreekuur komen en enigszins in tevredenheid. In Rotterdam, waarbij sleutelpersonen de vraagverheldering uitvoeren, worden relatief veel vrouwen bereikt en ligt het percentage vrouwen dat 'geen mening' invult bij de tevredenheid, iets hoger. Succesfactoren voor een hoog bereik:

- inzet sleutelpersonen uit de doelgroep;
- outreachend werken vanuit het spreekuur;
- goed bekendmaken van het spreekuur via sleutelpersonen, lokale professionals en media van de doelgroep zelf (Somalische televisie bijvoorbeeld);
- neutrale insteek van de voorlichtingen ('vrouw en gezondheid', 'zorg in Nederland') en van de omgeving van het spreekuur (geen associaties met seksualiteit of psychische problemen).

Sleutelpersonen geven aan dat het veel tijd kost om de vrouwen te bereiken en te motiveren om hulp te zoeken voor hun klachten. Door mond-tot-mond reclame moet het spreekuur een reputatie opbouwen alvorens de vrouwen voldoende vertrouwen hebben om erheen te gaan. Dit vraagt om een lange adem van zowel sleutelpersonen als uitvoerders van de spreekuren. Daarbij komt dat er steeds nieuwe instroom is van vrouwen uit de asielzoekerscentra.

³ Bijvoorbeeld: de vrouw is er nog niet aan toe, (nog) geen toestemming van de man voor doorverwijzing of financiële bezwaren vanwege de eigen bijdrage.

Naast voldoende expertise bij de spreekuren is ook expertise bij de back-office van belang om vrouwen te kunnen helpen met hun klachten. In alle regio's is een sociale kaart met getrainde lokale professionals, waaronder gynaecologen, verloskundigen, seksuologen en bekkenfysiotherapeuten. De deskundigheid van huisartsen is een punt van aandacht, de tijdens het project ontwikkelde Module Deskundigheidsbevordering kan hiervoor worden gebruikt.

Zoals eerder genoemd, is het zichtbaar maken van gezondheidswinst een lastige kwestie. Uit de casussen en interviews komt naar voren dat het vaak om schrijnende klachten gaat die zijn omgeven met veel schaamte. De klachten bestaan vaak al jarenlang. Met name de 'type 3'-besnijdenis, die ook wel faraonische besnijdenis wordt genoemd of infibulatie, geeft veel klachten. De vrouwen maken zelf niet altijd de link naar hun besnijdenis als de oorzaak van de klachten. Huisartsen en andere hulpverleners hebben niet altijd de juiste expertise en vragen onvoldoende door.

Vanuit de projectgroep doen wij de volgende aanbevelingen:

- zorg voor structurele financiering van zowel de inzet van sleutelpersonen als de spreekuren;
- regel dit op landelijk niveau op maximaal acht locaties om onnodige kosten en te weinig opbouw van expertise te voorkomen;
- sluit hierbij aan bij de infrastructuur die tijdens de pilot is ontwikkeld;
- combineer de voorlichtingen voor preventie van VGV door sleutelpersonen en de zorg voor besneden vrouwen vanuit efficiency-oogpunt;
- vraag van de uitvoerders van de spreekuren dat zij laagdrempelig en outreachend werken en een neutrale uitstraling hebben naar de doelgroep;
- blijf inzetten op intervisie/bijscholing van zowel de sleutelpersonen, de uitvoerders van de spreekuren als de lokale back-office;
- benut de contacten met de doelgroep om ook voor andere thema's met hen in gesprek te komen, zoals opvoedingsondersteuning, huiselijk geweld, participatie.

In Nederland wonen ongeveer 30.000 besneden vrouwen en dit aantal neemt toe vanwege de instroom van migranten uit landen waar VGV voorkomt. Niet al deze vrouwen hebben klachten maar de klachten die er zijn, zijn vaak schrijnend en grijpen diep in hun leven in. De weg naar de juiste hulp in Nederland is ingewikkeld en de expertise die nodig is, is erg specifiek. Vrouwen die een besnijdenis ondergingen krijgen daardoor vaak niet de juiste hulp en dat maakt dat deze vrouwen onnodig lang lijden aan de gevolgen van deze ernstige vorm van kindermishandeling die zij in hun jeugd hebben moeten ondergaan. Een beperkt aantal gespecialiseerde spreekuren die samen een landelijk bereik hebben, kan in combinatie met voorlichting door professionals en sleutelpersonen op efficiënte wijze zorgen voor gezondheidswinst, voor voorkomen van onnodige zorgvragen en voor verspreiding van expertise onder lokale zorgprofessionals.

BESNEDEN VROUWEN'

Projectleider GGD Den Haag	Jeannette Jansen
Projectleider GGD Hart voor Brabant	Monica Overmars
Projectleider GGD Rotterdam	Jeany Dirkzwager
Projectleider GGD Groningen	Marijke Abel/Renny Polstra
Projectleider GGD Brabant Zuidoo	Annemarie Gietmann/Elske Beintema
Projectleider UCG Heyenda	Toine Lagro-Janssen
Ministerie van VWS	Claire Hostmann/Jeroen Meijerink
Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN)	Zahra Naleie
Pharos	Marjan Groefsema/Diana Geraci
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Caroline Vos
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)	Mieke Aitink
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Toine Lagro-Janssen
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pré- en postpartum gezondheidszorg (NVFB)	Evelien Suec
GGD GHOR Nederland	Tosca Hummeling
informeel deelnemer:	
Projectleider GGD IJsselland	Ping Robbers/Hilde Menkveld

BIJLAGE II VRAGENLIJST TEVREDENHEID SPREEKUREN

A VRAGEN VOOR BEZOEKERS VGV SPREEKuur

Teken een kruis XX in het vak					
	Heel tevreden	Tevreden	Geen mening	Ontevreden	Heel ontevreden
1. Werd je goed ontvangen door de verpleegkundige (Was de ontvangst prettig)?					
2. Heeft de verpleegkundige goed naar je geluisterd?					
3. Kon je alles vertellen?					
4. (Alleen bij verwijzing beantwoorden) Is er een goed plan gemaakt om je door te verwijzen?					
5. Algemene tevredenheid over het spreekuur					

BIJLAGE III AANTALLEN VROUWEN EN WAARHEEN DOORVERWEZEN

Aantal vrouwen bereikt met voorlichting		
Aantal vrouwen dat op consult gekomen is		
Aantal gesprekken gevoerd met vrouwen		
Aantal vrouwen dat niet op de vervolgspraak kwam (missing case)		
Met welke klachten zijn vrouwen gekomen (initiele klachten*)	Aantal	Klachten Algemene klachten, niet duidelijk Gynaecologische/urologische klachten Klachten rond zwangerschap Overige lichamelijke klachten Seksuele klachten Psychische klachten Anders, te weten...
Aantal vrouwen doorgeleid naar hulpverlening (in periode verantwoording)		
Waarheen zijn vrouwen doorgeleid?	Aantal	Soort behandelaar Gynaecoloog Uroloog Seksuoloog Maatschappelijk werk Psycholoog Verloskundige Bekkenfysiotherapeut Anders, te weten....
Niet aangekomen bij de backoffice	Aantal	Soort behandelaar Gynaecoloog Uroloog Seksuoloog Maatschappelijk werk Psycholoog Verloskundige Bekkenfysiotherapeut Anders, te weten
Aantal lokale professionals bij voorlichtingsbijeenkomsten		
Overige activiteiten		

BIJLAGE IV VRAGENLIJST TEVREDENHEID BACKOFFICE

Naar wie werd u verwezen?	Gynaecoloog Uroloog Seksuoloog Maatschappelijk werk Psycholoog Verloskundige Bekkenfysiotherapeut Anders, te weten....	
Hoe vaak bent u geweest?		
Is de behandeling intussen afgerond?	Ja	Neen
Hoe vond u de zorg die u kreeg / hoe was het?	Ik ben heel tevreden Ik ben tevreden Ik weet het niet / geen mening Ik ben ontevreden Ik ben heel ontevreden	
Wat maakt dat u tevreden bent? (meerdere antwoorden mogelijk)	De zorgverlener begreep mijn probleem Er werd een tolk ingeschakeld Ik weet beter hoe ik met de klachten moet omgaan Mijn klachten / problemen zijn over Anders, te weten...	
Zijn er zaken die u vervelend vond of die anders zouden moeten?		

BIJLAGE V TYPEN BESNIJDENIS CONFORM DE WHO

De World Health Organization (WHO) onderscheidt vier vormen

Type 1:

Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris, en/of de voorhuid.

Type 2:

Gedeeltelijk of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen.

Type 3:

Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris.

Type 4:

Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

De meest ingrijpende vorm is type 3. Deze vorm zorgt doorgaans voor de meeste gezondheidsklachten. Deze vorm wordt 'infibulatie' genoemd.