

Handreiking en onderwijsmateriaal over vrouwelijke genitale verminking

Voor (aankomende) zorgprofessionals



Inleiding

Deze handreiking is voor (aankomende) zorgprofessionals die zorg verlenen aan vrouwen die besneden zijn, bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen en verpleegkundigen (in opleiding). Doel van deze handreiking is om (aankomende) zorgprofessionals te versterken in hun kennis en vaardigheden. Het is van belang dat zorgprofessionals zich bewust zijn van besnijdenis als mogelijk gezondheidsprobleem, dat bespreekbaar weten te maken, om zo mogelijk noodzakelijke en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

Nederland telt naar schatting 41.000 vrouwen die besneden zijn. **De meeste vrouwen (82%) komen uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en de Koerdische autonome regio in Irak.** Het merendeel van de besneden vrouwen is tussen de 20 en 49 jaar oud. Vrouwelijke genitale verminking (vgv) is een ingreep aan de uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen, waar geen medische noodzaak voor is. Veel voorkomende klachten zijn: menstruatieklachten, chronische pijnklachten, chronische urineweg/vaginale infecties, psychosociale klachten en/of seksuele klachten. Naar schatting telt Nederland 15.000 vrouwen die op de meest invasieve vorm besneden zijn, infibulatie, ook wel type 3 genoemd.

Leeswijzer

De handreiking is opgebouwd langs zes thema's.

1. Kennis en training
2. Communicatie als sleutel
3. Het ontmoeten 'van de ander'
4. Vaststellen van vgv: een uitdaging
5. Kwaliteit van klinische zorg
6. Optimale dienstverlening en ontwikkeling van zorg rondom vgv

Per inhoudelijk thema worden de factoren die passende zorg bij besnijdenis belemmeren dan wel bevorderen eerst toegelicht. Vervolgens tref je opdrachten en vragen aan om met de thema's aan de slag te gaan. Dat kan individueel, klassikaal of wellicht in duo's, ingepast in het onderwijs of als aanvulling op. Daarnaast biedt deze handreiking een overzicht van ondersteunende materialen (bijlage 1), **bruikbaar in de praktijk van zorgprofessionals die met meisjesbesnijdenis of besneden vrouwen te maken krijgen.**

Bronnen

De inhoud van deze handreiking is gebaseerd op twee bronnen: een systematic review¹ naar belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van zorgprofessionals op het bieden van zorg gerelateerd aan de gevolgen van vrouwelijke genitale verminking (vgv). Deze review is gebaseerd op 30 artikelen, afkomstig uit 9 Westerse landen. De tweede bron betreft **de leidraad**

¹ Citation: Evans C, Tweheyo R, McGarry J, Eldridge J, Albert J, Nkoyo V, et al. (2019) Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. PLoS ONE 14(3): e0211829. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211829>

'Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (vgv)'. Deze leidraad die de NVOG eind 2019 publiceerde, kwam tot stand in samenwerking met meerdere medische beroepsverenigingen, de Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN) en Pharos. De inhoud van deze handreiking sluit aan bij en verwijst naar de aanbevelingen uit deze leidraad.

Colofon

Auteurs: Emily Allwood en Diana Geraci

Illustraties: Anke Nobel

contact: info@pharos.nl

1. Kennis en training

Gebrek aan kennis en vaardigheden rondom vgv leidt tot verminderd vertrouwen in het eigen handelen van zorgprofessionals. Door het gebrek aan kennis, zijn zorgprofessionals zich niet bewust dat vgv als mogelijk gezondheidsprobleem besproken moet worden. Doordat het onbesproken blijft, wordt mogelijk noodzakelijke zorg niet geboden.

Zorgprofessionals dienen (bij- en na)scholing te krijgen over de culturele, klinische en juridische aspecten van vgv. Hoe meer training, des de groter het zelfvertrouwen van de zorgprofessional.

In Nederland komt vgv maar in een klein aantal opleidingen als vast en verplicht onderdeel terug. Dit betekent dat veel professionals die in de zorg werken hier weinig tot geen kennis en vaardigheden in hebben opgebouwd.

Vragen en opdrachten

- Welke kennisvragen heb jij over vgv die je beantwoord wil hebben om (later) jouw beroep goed uit te kunnen oefenen? Maak een onderverdeling in vragen die betrekking hebben op 'achtergrond informatie over vgv', 'klinische vragen' en 'juridische vragen'. Je kan dit overzicht (zie bijlage 2) steeds verder aanvullen naar mate je vordert in deze handreiking.
- Waar zou je deze kennis kunnen vinden?
- Welke vaardigheden denk je dat je nodig hebt om goede zorg te kunnen verlenen aan een vrouw die besneden is? Maak een onderverdeling in klinische en communicatieve vaardigheden. Je kan dit overzicht (bijlage 2) steeds verder aanvullen naar mate je vordert in deze handreiking.
- In welke vaardigheden wil je getraind worden? Wie kan je die training bieden?

2. Communicatie als sleutel

Taalbarrière

Zorgprofessionals benoemen meerdere uitdagingen in de communicatie rondom vgv. Met name bij nieuwkomers, ervaren zorgprofessionals regelmatig een *taalbarrière* en een gebrek aan *beschikbaarheid van tolken*. De ervaren taalbarrière belemmert diepgaande en zorgvuldige informatie over preventie en zorg wat betreft vgv. Daarnaast gaat het ten koste van gezamenlijke besluitvorming. Zeker wanneer er maar weinig tijd beschikbaar is in een consult.

Gevoelig onderwerp

Door de perceptie van vgv als *gevoelig onderwerp*, vermijden zorgprofessionals het onderwerp ter sprake te brengen. Hierbij spelen overwegingen mee als 'angst om te beledigen of te stigmatiseren' en 'angst om de zorgrelatie in gevaar te brengen'. Vaak gaan deze professionals ervan uit dat een vrouw vragen of klachten over besnijdenis zelf wel aan de orde zal brengen. Omdat veel vrouwen zich juist afwachtend opstellen en hopen op het initiatief van de professional, belemmert deze wederzijdse houding zowel zorg als preventie.

Vertrouwensband

De uitdagingen voor communicatie, beïnvloeden de kwaliteit van de *vertrouwensband* en de mogelijkheid om vrouwen goed en passend te informeren over zorgmogelijkheden.

Vragen en opdrachten

Taalbarrière

- Welke mogelijkheden/oplossingen zijn beschikbaar voor jou wanneer je een taalbarrière ervaart?
- Hoe kom je tot gezamenlijke besluitvorming wanneer een patiënt de Nederlandse taal niet voldoende machtig is?
- Hoe ga je hiermee om als er weinig tijd is voor een consult? Welke mogelijkheden heb je?
- Heb je wel eens met een tolk gewerkt? Hoe was dat / hoe lijkt je dat? Zijn er dingen die je anders zou/moet doen dan bij een consult zonder tolk? Zijn er dingen waar je rekening mee moet houden?

Gevoelig onderwerp → rollenspel: hoe is het om in gesprek te gaan over een gevoelig onderwerp?

- Kies een onderwerp uit waarvan je denkt dat een ander het moeilijk vindt om over te praten. Ga als zorgverlener met een ander in gesprek over dit onderwerp.
- Hoe ging het gesprek? Hoe was het om het onderwerp aan te kaarten? Hoe vond de ander het gesprek? Herken je het ongemak/gevoeligheid misschien uit eigen ervaring? Waar moet je rekening mee houden als je in gesprek gaat over een gevoelig onderwerp?

Vertrouwensband

- Wat denk je dat er nodig is om een vertrouwensband op te bouwen om een dergelijk onderwerp ter sprake te brengen?
- Hoe kun je het eigen initiatief van vrouwen stimuleren om hun klachten rondom gevoelige thematiek ter sprake te brengen?

3. Het ontmoeten 'van de ander'

Houding tegenover vgv: veel emoties

Uit de systematische review bleek dat veel zorgprofessionals sterke emoties ervaren wanneer ze in aanraking komen met een vrouw die besneden is. Ze spreken regelmatig over vrouwen als slachtoffers van culturen die gewelddadig, barbaars en patriarchaal zijn. Vgv wordt gezien als een vreemd, negatief cultureel gebruik, waarbij zorgprofessionals de lichamen van vrouwen na vgv beschreven als anders, niet 'normaal', gemutileerd. Sommige zorgprofessionals geven aan dat zij moeite hebben hun professionaliteit te behouden, dat zij bijvoorbeeld hun gevoelens van afschuw moesten verstoppen toen ze voor het eerst een besneden vrouw zagen. Ook ervaren ze woede jegens de 'andere' gemeenschap en specifiek tegen mannen in die gemeenschappen. Tegelijkertijd, tonen zorgprofessionals grote empathie en sympathie voor de getroffen vrouwen, en proberen ze ondersteunend te zijn.

Culturele dissonantie

Culturele verschillen tussen zorgprofessionals en patiënten, aannames en stereotypen kunnen de zorg beïnvloeden wanneer ze wederzijds vertrouwen en communicatie ondermijnen. Zorgprofessionals reflecteerden dat zij soms stereotypische beelden hadden over besneden vrouwen. Deze beelden beïnvloedden de zorg. Zorgverleners slaagden er niet in de vrouw als een individu te zien, zeker als er ook taalbarrière was. Omgekeerd, had men het idee dat de vrouwen geen vertrouwen hadden in het Westerse zorgsysteem en angst en negatieve assumpties hadden over de te ontvangen zorg.

Erkennen van de rol van de familie

Zorgprofessionals (h)erkennen dat de keuzes en het gedrag van vrouwen omtrent gezondheidszorg beïnvloed wordt door hun echtgenoten en de bredere familie. Met name bij beslissingen rondom infibulatie en re-infibulatie lijkt de betrokkenheid van familie cruciaal. Dit ervaren zorgprofessionals soms als frustrerend. Tegelijkertijd zien ze in dat betrokkenheid van de familie belangrijk is voor effectieve communicatie en zorg.

Geslacht van de zorgprofessional

De review liet zien dat veel zorgprofessionals ervan uit gaan dat vrouwen uit gemeenschappen waar vgv voorkomt, een sterke voorkeur hebben voor een vrouwelijke zorgprofessional. Zorgprofessionals vermoeden dat het geslacht van de zorgprofessional invloed heeft op de bereidheid om zorg te vragen, de openheid om over klachten te praten en het toestaan van lichamelijk onderzoek. Mannelijke zorgprofessionals zijn terughoudend met het bespreken van een dergelijk onderwerp omdat ze zich bewust zijn van het mogelijk ongemak van hun patiënten.

Culturele verschillen overbruggen

Veel zorgverleners doen hun best om cultuur sensitieve en persoonsgerichte zorg te verlenen en zien dat als een essentieel aspect van hun professionele identiteit en beroepsuitoefening. Veel opgenomen artikelen in de review (zie bron) beschrijven dan ook strategieën en benaderingen om goede relaties op te bouwen en passende zorg te verlenen.

Vragen en opdrachten

Jouw houding tegenover vgv

Deze vragen kun je voor jezelf beantwoorden. Het bespreken in een groep(je) is ook waardevol. Denk ook aan de mogelijkheid om te oefenen in een rollenspel.

- Hoe gaan je (aankomende) collega's om met hun eigen oordelen, emoties en aannames ten opzichte van vgv?
- Hoe sta jij tegenover vgv? Welke emoties roept het bij je op?
- Hoe denk je dat je daar mee zou omgaan in je professionele context? Welke uitdagingen zie je voor jezelf?

Culturele dissonantie

- Welke (stereotypische) beelden heb jij over vrouwen die besneden zijn?
- Welke ideeën heb jij over de zorg die vrouwen daar wel/niet voor willen hebben?

Rol van de familie

- Hoe denk jij dat de rol van familie van invloed kan zijn op (beslissingen rondom) de zorg voor besneden vrouwen?
- Hoe kun je de familie op een gepaste manier betrekken?

Geslacht zorgprofessional

- Denk je dat het uitmaakt voor vrouwen of je een mannelijke of vrouwelijke zorgprofessional bent?

Culturele verschillen overbruggen

- Hoe is het voor jou om als (aankomende) zorgprofessional in gesprek te gaan over een gevoelig onderwerp?
- Welke andere gevoelige onderwerpen kom je tegen in jouw beroep?
- Op welke manier en in welke mate lijkt jou het in gesprek gaan over vgv anders dan over andere gevoelige onderwerpen?
- Welke (extra) vaardigheden denk je daarvoor nodig te hebben? Vul deze eventueel aan op het overzicht bij Thema 1 (bijlage 2).
- Wat is volgens jou cultuur sensitieve zorg – in het algemeen en specifiek voor vgv?
- Welke (extra) vaardigheden denk je daarvoor nodig te hebben? Vul deze eventueel aan op het overzicht bij Thema 1 (bijlage 2).

4. Vaststellen van vgv: een uitdaging

Het 'vinden' of het juist vaststellen van (type) vgv blijkt een uitdaging voor vele zorgprofessionals.

Klachtenpresentatie en hulpzoekgedrag

Uit de systematic review blijkt dat veel zorgprofessionals het idee hebben dat vrouwen met name hulp zoeken wanneer er duidelijke symptomen zijn of pas wanneer ze zwanger zijn of willen worden. Vrouwen lijken zelf niet altijd een connectie te leggen tussen hun klachten en vgv. Omdat voor veel medische procedures geen lichamelijk onderzoek nodig is, schatten zorgprofessionals in dat veel besnijdenissen over het hoofd worden gezien en niet als zodanig vastgesteld worden. Daar komt nog bij dat type 1 en type 2 vaak moeilijker te herkennen zijn en waarschijnlijk vaker gemist worden.

De zorgprofessional kan er niet vanuit gaan dat een vrouw vgv zelf ter sprake zal brengen en zal daarom zelf het initiatief moeten nemen om vgv bespreekbaar te maken. Een uitzondering hierop zijn jonge vrouwen, die vaak meer initiatief nemen om zorg te zoeken. Een andere uitzondering is wanneer een professional of dienstverlening aangeraden wordt via het persoonlijk netwerk. Dan nemen vrouwen wel vaker initiatief om hun klachten en zorgvraag bespreekbaar te maken.

Het vaststellen/identificeren van vgv

Uit de review blijkt dat zorgverleners het eens dat vgv bij zwangere vrouwen idealiter vastgesteld/geïdentificeerd wordt vóór de bevalling. Toch gebeurt dit niet altijd. Ten eerste omdat het niet tijdig ter sprake wordt gebracht tijdens de zwangerschap. Maar ook door onderstaande (vermeende) organisatorische en systeem gerelateerde barrières:

- onbekendheid met heldere richtlijnen (zoals de medische leidraad)
- onduidelijkheid van rollen en verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld over wie registreert, onderzoekt, vaststelt, het gesprek voert, zorg aanbiedt)
- de behoefte aan communicatie/coördinatie tussen organisatorische afdelingen en disciplines
- gebrek aan registratie, waardoor het niet terugkomt in dossier en een volgend consult niet benoemd wordt.
- ook wanneer de procedures in stelling zijn, worden deze niet altijd gevolgd. Dit vaak door gebrek aan tijd; het idee dat registreren tot meer bureaucratie leidt dat moeilijk in te passen is; en het niet begrijpen hoe systemen werken.

Vragen en opdrachten

Klachtenpresentatie en hulpzoekgedrag

- Bij welke klachten(presentatie) zou je aan vgv kunnen/moeten denken?
- Zou jij zelf het initiatief nemen om in gesprek te gaan over vgv met een vrouw afkomstig uit een vgv-prevalentieland? Hoe zou je ernaar vragen? Vind je dat moeilijk?
- Is vgv iets wat je in het medisch dossier zou noteren? Waar en hoe zou je het dan noteren?

- Biedt jouw registratiesysteem die mogelijkheid

Het vaststellen van vgv

- Ben je op de hoogte van de inhoud van de medische leidraad? Lees deze en bespreek dit onderling.
- Welke aanbevelingen uit de leidraad zijn voor jou van toepassing? Met welke andere zorgdisciplines zou je afstemming/samenwerking zoeken?

5. Kwaliteit van klinische zorg

De kwaliteit van klinische zorg rondom vgv is volgens professionals afhankelijk van de:

- individuele kennis en vaardigheden van de zorgverlener,
- bekendheid met en beschikbaarheid van medische richtlijnen.

De mate waarin zorgprofessionals vertrouwen hebben in het uitvoeren van klinische handelingen en psychologische zorg rondom vgv verschilt sterk. Door het vermeende gebrek aan of onbekendheid met klinische richtlijnen, varieert de kwaliteit en inhoud van zorg, afhankelijk van ervaring, vertrouwen en voorkeuren van individuele zorgprofessionals. Dit speelt met name in de obstetrische zorg en rondom de-infibulatie en het omgaan met verzoeken rondom re-infibulatie.

Moment van de-infibulatie

Uit de systematic review blijkt dat veel zorgverleners vermoeden dat vrouwen de voorkeur hebben voor de-infibulatie tijdens de tweede fase van bevalling (wanneer het hoofdje staat) boven de-infibuleren voor de bevalling. De aanname is dat vrouwen hiermee willen voorkomen dat zij mogelijk 2 keer opengeknipt wordt. Zorgverleners hebben zelf de voorkeur om een infibulatie voor de bevalling op te heffen. Al hebben sommigen de vrees dat dit een onnodig extra trauma oplevert. Idealiter zien zorgprofessionals de beslissing rondom de-infibulatie als een proces dat in de periode voor de bevalling plaatsvindt, waarin uitgebreid gesproken kan worden over de wensen van de vrouwen. Dit gebeurt echter niet altijd. Ook merken zorgprofessionals op dat oudere vrouwelijke familieleden regelmatig van invloed zijn op de beslissing rondom timing van de-infibulatie.

De leidraad van de NVOG geeft een aantal duidelijke aanbevelingen rondom de-infibulatie. Een van deze aanbevelingen luidt dat vrouwen die mogelijk baat hebben bij de-infibulatie gevraagd dient te worden of zij counseling wensen over de mogelijkheid van de-infibulatie. Een andere aanbeveling luidt dat in overleg met de vrouw gekozen dient te worden wanneer en waar de de-infibulatie plaats gaat vinden.

Uitvoering van de-infibulatie

Het vertrouwen in het eigen handelen, competentie en ervaring van zorgverleners rondom de procedure van de-infibulatie varieert. Als gevolg daarvan kan de zorg die vrouwen ontvangen variëren afhankelijk van wie ze treffen.

Uit onzekerheid en gebrek aan ervaring, besluiten artsen soms snel tot een keizersnee. Dit blijkt overigens niet uit Nederlands onderzoek. Ook kan besluitvorming rondom de-infibulatie beïnvloed worden door aannames van zorgprofessionals over voorkeuren van vrouwen. Deze aannames zijn dan niet zozeer gebaseerd op het daadwerkelijk bespreken van het onderwerp met de vrouw, maar eerder op culturele stereotypelingen. In een studie onder verloskundigen in Noorwegen, bleek dat verloskundigen wisten dat infibulatie van betekenis was voor de Somalische gemeenschap. Daarom

namen ze aan dat vrouwen geïnfibuleerd wilden blijven. Als gevolg daarvan, in een poging om cultureel sensitief te zijn, rapporteerden sommige verloskundigen liever een uitgebreide episiotomie uit te voeren dan de-infibulatie. Vijf studies onder verloskundigen noteerden dat het belangrijk was om vrouwen te counselen en van uitgebreide informatie te voorzien over hun lichaam na de-infibulatie, zodat zij zich konden aanpassen aan een veranderd lichaamsbeeld en veranderde fysieke sensaties.

Ambivalentie rondom re-infibulatie

In het algemeen zijn zorgprofessionals er duidelijk over dat re-infibulatie verboden is en niet uitgevoerd mag worden. Toch roept het weigeren van een dringend verzoek om re-infibulatie bij sommige professionals ambivalentie/morele dilemma's op. Zij kunnen dit zien als tegenstrijdig met persoonsgerichte zorg. Professionals vrezen dat een weigering bijdraagt tot huwelijksproblemen, of dat het spanning veroorzaakt door veranderd lichaamsbeeld.

Sommige professionals vinden het lastig om het beleid hierover sensitief over te brengen. Zij voelen zich gesteund door de heldere wetgeving, en om deze wetgeving als reden te kunnen geven voor het weigeren van een verzoek tot re-infibulatie. Zij zien dat het van belang is om echtgenoten te betrekken in het counselen rondom verzoeken tot re-infibulatie.

Psychologische issues

Meerdere studies benoemen de ervaring van zorgprofessionals dat zorg rondom vgv heftige emotionele reacties kan oproepen. Sommige professionals benadrukten het belang om counseling en psychologische steun te bieden. Klinische interventies, zoals de-infibulatie, werden in het bijzonder herkend als mogelijk traumatisch voor vrouwen. Dit kan zijn in de vorm van het oproepen van herbelevingen, verhoogde pijn en in de context van geboorte: leidend tot een moeizame bevalling. Verschillende studies toonden de noodzaak aan om tijdens de zwangerschap vrouwen goed te informeren en voor te bereiden op mogelijkheden voor pijnbestrijding en hechtingen, om zo door de voorbereiding emotionele stress te verminderen.

Vragen en opdrachten

Klinische behandeling

- Welke klinische behandelingen van jouw (toekomstig) beroep moet je kunnen uitvoeren in de zorg voor vrouwen die besneden zijn?
- Welke aanbevelingen uit de [medische leidraad](#) zijn hierbij/voor relevant?
- Welke informatie mis je nog? Vul dit aan op het schema bij Thema 1 (bijlage 2).
- Waar ben je onzeker over? Welke vaardigheden en competenties heb je nog nodig en hoe kom je daaraan? Vul dit aan op het schema bij Thema 1 (bijlage 2).

Re-infibulatie

- Hoe denk je over re-infibulatie? Voorzie je voor jou als (toekomstig) zorgprofessional een dilemma als een vrouw vraagt om re-infibulatie?
- Hoe denk je dat de begeleiding van vrouwen (en familieleden) er uit zou moeten zien die vragen over re-infibulatie?
- Hoe leg je aan een vrouw (en familieleden) uit dat re-infibulatie in NL verboden is? Welke informatie denk je dat vrouwen nodig hebben?

Psychologische begeleiding

- Welke psychologische issues denk je dat vgv kan oproepen bij vrouwen?
- In hoeverre acht je jezelf in staat om vrouwen hierin te counselen of dat te organiseren vanuit jouw beroep? Wat weet je van plaatsvervangend trauma?
- Zoek de aanbevelingen uit de leidraad die van toepassing zijn voor psychosociale begeleiding.

6. Optimale dienstverlening en ontwikkeling van vgv-zorg

Om een goed aanbod van vgv-zorg te ontwikkelen en tot een optimale dienstverlening te komen, is aandacht nodig voor preventie, gespecialiseerde zorg en samenwerking met de gemeenschap.

Rol van zorgprofessionals bij preventie

Uit de systematische review bleek dat relatief weinig zorgprofessionals vgv-preventie leken te zien als onderdeel van hun zorgtaak. De volgende barrières werden genoemd: gebrek aan tijd, ongunstige timing, het zien als de taak/rol van iemand anders, gebrek aan kennis/zelfvertrouwen, onzekerheid over betrouwbaarheid van antwoorden van vrouwen vertrouwd, gebrek aan privacy en taal barrières.

De preventieve rol van zorgprofessionals staat nadrukkelijk omschreven in de medische leidraad. Met het oog op preventie blijft vgv een gespreksonderwerp in de contacten die de zorgprofessional heeft met een gezin afkomstig uit een vgv-prevalentieland.

Gespecialiseerde zorg

Uit de review blijkt dat zorgprofessionals waarde hechten aan gespecialiseerde centra voor verwijzing. Deze centra zouden dan de plek zijn om toegang te krijgen tot expertise, advies en training. De centra kunnen ook een potentiële link zijn/vormen met de gemeenschap en samenwerken met lokale zorgverleners, buurtteams en getrainde vertalers.

In Nederland zijn er op diverse locaties gespecialiseerde **vgv-spreekuren** voor besneden vrouwen. Op deze spreekuren werken artsen en/of verpleegkundigen met expertise in vgv en cultuur sensitieve zorgverlening. De spreekuren zijn laagdrempelig opgezet – vrouwen kunnen zonder doorverwijzing terecht.

Activering, samenwerking en kennis in de gemeenschap

Zorgprofessionals vinden dat er meer kennis en bewustwording nodig is over vgv, preventie en zorgmogelijkheden in de gemeenschappen waar besnijdenis als gebruik voorkomt, zoals in de Somalische, Soedanese, Egyptische en Ethiopische. De inspanningen hiervoor moeten gericht zijn op alle leden van een gemeenschap: vrouwen, mannen, meisjes en jongens. Hierbij is het belangrijk om te werken aan vertrouwensrelaties gebaseerd op bredere behoeften van de gemeenschap (dus niet alleen vgv). Dit kan onder andere door gebruik te maken van sleutelpersonen.

FSAN heeft een landelijk netwerk aan getrainde sleutelpersonen. Sleutelpersonen vgv zijn mannen en vrouwen afkomstig uit landen waarin vgv voorkomt. Zij zijn getraind om vgv bespreekbaar te maken met mensen in de doelgroep. Dit doen zij in individuele gesprekken maar ook in huiskamersetting en groepsbijeenkomsten. Sleutelpersonen spelen een cruciale rol, zowel in de preventie van vgv als in de toeleiding naar zorg. Zij kunnen professionals ondersteunen in hun contact met ouders

Vragen en opdrachten

Rol van zorgprofessionals bij preventie

- Hoe zie jij je preventieve taak? Omschrijf de preventieve taak vgv voor jouw beroepsgroep. Welke barrières herken jij ten opzichte van preventie vgv? Zie je daar oplossingen voor of handelingsperspectief?

Gespecialiseerde zorg

- Welke mogelijkheden van gespecialiseerde zorg zijn er in Nederland?
- Weet je of er in jouw regio een vgv netwerk/sociale kaart is? Heb je daar toegang tot/bij wie moet je daarvoor zijn?

Samenwerking met de gemeenschap

- Hoe zou jij in jouw werk kunnen samenwerken met sleutelpersonen vgv?

Bijlage 1

Meer informatie en ondersteunende materialen rondom vgv

- Leidraad 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (vgv). Aanbevelingen voor medische, psychosociale en seksuele zorg aan meisjes en vrouwen die slachtoffer zijn van vgv.
- Pharos e-learning werkwijze JGZ voor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Filmpjes over gespreksvoering zijn ook bruikbaar voor andere beroepsgroepen. De elearning is geaccrediteerd voor medewerkers JGZ.
- KNOV e-learning werkwijze voor verloskundigen
- UEFGM e-learning platform voor professionals breed, met veel aandacht voor zorg, maar ook asiel, media en onderwijs.
- Vrouwelijke genitale verminking: omvang en risico in Nederland
- Vrouwelijke Genitale Verminking – Omvang en risico in Nederland – Kennissynthese
- Bundeling van drie Pharos-onderzoeken rond meisjesbesnijdenis
- Het Standpunt Preventie vrouwelijke genitale verminking (vgv) door de jeugdgezondheidszorg biedt handvatten aan artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg om het onderwerp meisjesbesnijdenis met ouders (en kinderen) afkomstig uit risicolanden bespreekbaar te maken.
- Handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen voor medewerkers Veilig Thuis, OM, politie, Raad voor de Kinderbescherming
- Kwaliteitsnorm tolkengebruik bij anderstaligen in de zorg
- Generieke Module Diversiteit GGZ standaarden
- Versluierde Pijn. Een onderzoek naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis.
- Verwey Jonker – Evaluatie van het Jeugdgezondheidszorgbeleid ter preventie van vrouwelijke genitale verminking
- Stand van zaken vgv nazorgsprekuren. Succes- en verbeterpunten vanuit het perspectief van sleutelpersonen
- KNOV Standpunt vrouwelijke genitale verminking
- Regionale sociale kaarten – vrouwelijke genitale verminking
- Spreekuren meisjesbesnijdenis / vgv voor besneden vrouwen
- Website Pharos – pagina's vrouwelijke genitale verminking

- Zanzu. Een website van Rutgers met informatie over seksuele gezondheid in 16 talen
- How to talk about fgm: using respectful & non-stigmatising language.
- Eenvoudig voorlichtingsmateriaal. Beeldverhaal: Wat kan Sara doen als ze problemen heeft? Over problemen na meisjesbesnijdenis en wat je kan doen om je weer beter te voelen
- Sleutelpersonen Vrouwelijke genitale verminking

Bijlage 2

Invuloverzicht kennis en vaardigheden

Zie volgende pagina's.

Kennisvragen				Bron
	info vgv	klinisch	juridisch	
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				

Vaardigheden			Training
	klinisch	communicatie	
•			
•			
•			
•			
•			
•			



Arthur van Schendelstraat 600 2^e etage
Utrecht
030 234 98 00
www.pharos.nl

Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen