

# KNOV-standpunt

KONINKLIJKE NEDERLANDSE  
ORGANISATIE VAN VERLOSKUNDIGEN

*Auteurs:  
Relinde vd Stouwe  
Inger Aalhuizen  
Mieke Aitink*



*Vrouwelijke  
genitale verminking*

## Colofon

Dit standpunt is een uitgave van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).  
Bij het standpunt hoort tevens een praktijkkaart.

### *Auteurs*

Relinde van der Stouwe, februari 2007

Bijgestelde versie: Inger Aalhuizen en Mieke Aitink, september 2012

### *Redactionele adviezen*

Lex Boezeman, [www.boezeman.com](http://www.boezeman.com)

### *Druk*

Ovimex Grafische Bedrijven Deventer

Alle publicaties zijn te bestellen bij:

KNOV

Postbus 2001

3500 GA Utrecht

tel. 030 282 3100

fax 030 282 3101

e-mail [info@knov.nl](mailto:info@knov.nl)

© Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, september 2012

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

# Vrouwelijke genitale verminking

KNOV-standpunt over Vrouwenbesnijdenis

## Colofon

Dit standpunt is een uitgave van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).  
Bij het standpunt hoort tevens een praktijkkaart.

### *Auteurs*

Relinde van der Stouwe, februari 2007

Bijgestelde versie: Inger Aalhuizen en Mieke Aitink, september 2012

### *Redactionele adviezen*

Lex Boezeman, [www.boezeman.com](http://www.boezeman.com)

### *Druk*

Ovimex Grafische Bedrijven Deventer

Alle publicaties zijn te bestellen bij:

KNOV

Postbus 2001

3500 GA Utrecht

tel. 030 282 3100

fax 030 282 3101

e-mail [info@knov.nl](mailto:info@knov.nl)

© Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, september 2012

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

## Voorwoord

KNOV-standpunten hebben als doel verloskundigen te adviseren in het bepalen van hun verloskundig beleid rondom een actueel onderwerp. De KNOV formuleert standpunten wanneer een snelle stellingname gewenst is als reactie op recente ontwikkelingen in de verloskunde. Afhankelijk van de op dat moment beschikbare wetenschappelijke onderbouwing is een standpunt gebaseerd op wetenschappelijke informatie en/of consensus in de beroepsgroep. Per standpunt zal de mate van onderbouwing beschreven worden.

KNOV-standpunten worden elke drie jaar geactualiseerd. Maar het kan ook eerder wanneer belangrijke ontwikkelingen rondom het betreffende onderwerp daar aanleiding toe geven.

De geldige versie van een standpunt is steeds beschikbaar op de website van de KNOV: [www.knov.nl](http://www.knov.nl).

Dit KNOV-standpunt over Vrouwelijke genitale verminking is opgesteld door Relinde van der Stouwe in februari 2007. In april 2012 hebben Inger Aalhuizen en Mieke Aitink dit standpunt herzien.

Het bestuur heeft deze herziene versie in augustus 2012 vastgesteld.

Utrecht, september 2012

## INHOUDSOPGAVE

<b>1. Aanbevelingen</b>	<b>5</b>
<b>2. Naar een geactualiseerd standpunt</b>	<b>7</b>
2.1 Onderzoek en debat	7
2.2 Doel van dit standpunt	8
2.3 Verantwoording	8
<b>3. Achtergronden</b>	<b>11</b>
3.1 Terminologie	11
3.2 Vormen van meisjesbesnijdenis	11
3.3 De uitvoering van de ingreep	13
3.4 Epidemiologie	13
3.5 Cultuur	15
3.6 Religie	16
3.7 Lichamelijke en psychische gevolgen	16
3.8 Defibulatie	17
<b>4. Verloskundige zorg</b>	<b>19</b>
4.1 Besnijdenis en obstetrische complicaties	19
4.2 Communicatie	19
4.3 Betrekken van partner	19
4.4 Intake 20	
4.5 Lichamelijk onderzoek tijdens de zwangerschap	20
4.6 Voorlichting en voorbereiding op de bevalling	22
4.7 Openen en reconstrueren	23
4.7.1 Openen tijdens de bevalling	23
4.7.2 Hechten postpartum	24
4.7.3 Omgaan met vragen	26
4.8 Kraambed en nacontrole	26
<b>5. Preventie en de rol van verloskundigen</b>	<b>28</b>
5.1 Strafbaarheid	28
5.2 Bewustwording binnen migrantengroepen	28
5.3 Signalering en voorlichting in de jeugdgezondheidszorg	29
5.4 De rol van de verloskundige	29
5.5 De rol van de KNOV	29
5.6 Samenwerking en afstemming	30
5.7 Overdracht van informatie en het beroepsgeheim	30
5.8 Melding aan Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	32
<b>Literatuurlijst</b>	<b>33</b>
Bijlage 1 - Lijst van referenten	36
Bijlage 2 - Nuttige adressen	37
Bijlage 3 - Inleidende vragen naar besnijdenis van dochters in de toekomst	39
Bijlage 4 - Verklaring tegen meisjesbesnijdenis	40
Bijlage 5 - Ontwikkelgroep KNOV-training voor VGV adviseurs	42

## 1. Aanbevelingen

De KNOV beschouwt elke vorm van meisjes- of vrouwenbesnijdenis als mutilatie en als schending van mensenrechten met grote gevolgen voor de fysieke en psychische gezondheid van meisjes en vrouwen. Het is een bijzondere vorm van kindermishandeling en strafbaar in Nederland. Meisjesbesnijdenis moet daarom krachtig bestreden worden.

De zorgverlening aan vrouwen die besneden zijn, is respectvol en gericht op het beperken van verdere schade ten gevolge van de besnijdenis. Met voorlichting en zorgvuldige begeleiding leveren verloskundigen een bijdrage aan de preventie van meisjesbesnijdenis.

Niet elke verloskundige zal regelmatig in contact komen met besneden vrouwen. Om verloskundigen bij te staan heeft de KNOV VGV-adviseurs opgeleid. Verloskundigen kunnen bij deze adviseurs advies inwinnen wanneer zij vragen hebben over VGV (zie § 5.5).

### **Intake** (§ 4.4)

- De verloskundige signaleert tijdens het eerste bezoek van elke vrouw of zij uit een land afkomstig is waar meisjesbesnijdenis voorkomt. Indien van toepassing (of bij twijfel) vraagt de verloskundige of de vrouw besneden is.

### **Communicatie** (§ 4.2 en 4.3)

- De verloskundige kaart de besnijdenis actief en open aan. Zij benadert de vrouw met respect en tact.
- Met toestemming van de vrouw probeert zij de echtgenoot te betrekken bij het bespreken van de besnijdenis en het behandelplan tijdens de bevalling.

### **Lichamelijk onderzoek tijdens de zwangerschap** (§ 4.5)

- Bij vrouwen die besneden zijn, inspecteert de verloskundige voor de 30-32<sup>e</sup> zwangerschapsweek de genitalia.
- De verloskundige documenteert haar bevindingen waarbij ze de besnijdenis zo duidelijk mogelijk omschrijft.
- Is de cliënt een nullipara waarvan de verloskundige vermoedt dat zij een infibulatie heeft ondergaan die niet is geopend, dan vindt dit onderzoek voor de 20<sup>e</sup> zwangerschapsweek plaats. Indien de opening dermate klein is dat vaginaal onderzoek onmogelijk of zeer moeilijk is, dan bespreekt de verloskundige met de vrouw de optie om de opening te laten vergroten tijdens de zwangerschap.

### **Voorlichting** (§ 4.6)

In aansluiting op het lichamelijk onderzoek bespreekt de verloskundige de besnijdenis in relatie tot de bevalling. Ze geeft uitleg over:

- anatomie van de geslachtsorganen;
- fysiologie van het bevallingsproces;
- invloed van de besnijdenis op het proces;
- handelwijze van de verloskundige m.b.t. de besnijdenis.

### **Openen en reconstrueren** (§ 4.7)

Bij veel vrouwen met een type besnijdenis waarbij littekenweefsel de vulva in bepaalde mate bedekt, is een episiotomie anterior noodzakelijk om grote rupturen van de vagina, het perineum en littekenweefsel van de besnijdenis te voorkomen. Dit is niet nodig als de urethra zichtbaar is en vrij ligt.

- Leidraad bij het zetten van een episiotomie anterior is zover te knippen totdat het caput onder de symfyse kan draaien. De opening van de urethra komt hierbij vrij te liggen. Het litteken zal in de meeste gevallen enkele centimeters blijven staan.

- Voor mediolaterale episiotomie gelden de zelfde indicaties als bij elke andere bevalling.
- Na de bevalling moet het wondgebied zodanig worden gehecht dat de opening van de urethra vrij ligt en de omvang van de vaginale opening geen belemmering vormt voor coïtus en een volgende baring.
- Afhankelijk van het bloedverlies worden de wondranden van beide zijden geknoopt, intracutaan gehecht of open gelaten.
- Verzoeken om na de bevalling de vulva zodanig te hechten dat de vaginale opening weer even klein is als voor het huwelijk, kunnen niet worden ingewilligd. Een zorgvuldige uitleg over de nadelen van een kleine vaginale opening voor de gezondheid van de vrouw en het seksuele leven van beide partners, zal de vrouw en haar partner duidelijk moeten maken dat het construeren van een kleine vaginale opening onwenselijk is.

#### **Nazorg** (§ 4.8)

- Tijdens het kraambed inspecteert de verloskundige regelmatig het wondgebied.
- Naast de gebruikelijke voorlichting over anticonceptie gaat de verloskundige in op de veranderingen in mictie en seksueel contact die zich kunnen voordoen na opening van het besnijdenislitteken en de bevalling.
- Aan het einde van het kraambed zorgt de verloskundige voor overdracht van informatie over de besnijdenis aan de huisarts, zodat hij of zij adequaat kan reageren op mogelijk aan de besnijdenis gerelateerde klachten.
- Tevens vindt, in overleg met de cliënt, overdracht plaats naar de JGZ. Daar kan de preventie, zoals ingezet door de verloskundige, worden voortgezet (§ 5.8).

#### **Preventie van meisjesbesnijdenis** (hoofdstuk 5)

- Met haar voorlichting tijdens de zwangerschap verheldert de verloskundige het verband tussen gezondheidsklachten, -risico's en besnijdenis.
- Bij de geboorte van een meisje brengt de verloskundige in het kraambed de mogelijke besnijdenis van de pasgeborene dochter ter sprake. Ze bespreekt daarbij:
  - de risico's voor de gezondheid en het welzijn van meisjes en vrouwen;
  - het verbod op en de strafbaarheid van meisjesbesnijdenis in Nederland;
  - de inhoud en het doel van de jeugdgezondheidszorg en haar taak in relatie tot het voorkomen van meisjesbesnijdenis.
- De verloskundige stemt in algemene zin haar voorlichting over meisjesbesnijdenis goed af met de JGZ en andere zorgverleners in de keten.
- De verloskundige stelt zich op de hoogte van de activiteiten van zelforganisaties op het gebied van preventie van meisjesbesnijdenissen in haar regio en informeert haar cliënten hierover.
- Voor overdracht van informatie aan de JGZ of huisarts over de besnijdenis van de moeder (van de pasgeborene) is in beginsel toestemming nodig van de cliënt.
- Bij ernstige vermoedens van een op handen zijnde besnijdenis van een dochter in het gezin, kan de verloskundige dit, al dan niet anoniem, melden bij het AMK. Hierbij dient zij een afweging te maken tussen haar beroepsgeheim en het voorkomen van schade aan het betreffende kind.
- De KNOV heeft VGV-adviseurs opgeleid om verloskundigen in het land de informeren en te adviseren over VGV (§ 5.5).



## 2. Naar een geactualiseerd standpunt

### 2.1 Onderzoek en debat

De World Health Organization (WHO) ziet meisjesbesnijdenis als een schending van mensenrechten met grote gevolgen voor de fysieke en psychische gezondheid van meisjes en vrouwen.<sup>34</sup> In veel landen, waaronder Nederland, is meisjesbesnijdenis een vorm van kindermishandeling en dus strafbaar.

In 1992 neemt de KNOV een officieel standpunt in over vrouwenbesnijdenis. De besnijdenis van vrouwen wordt daarin afgekeurd als onwenselijke mutilatie. Nederlandse verloskundigen moeten geen medewerking verlenen aan de besnijdenis van vrouwen. Bij de handelwijze tijdens de bevalling moeten de wensen van de vrouw gerespecteerd worden.

In 2003 publiceert de Vrije Universiteit het onderzoeksrapport *'Strategieën ter voorkoming van besnijdenis van meisjes'*.<sup>30</sup> Mede naar aanleiding van dit rapport ontstaat een politiek debat dat op zijn beurt leidt tot de instelling van de Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking. De commissie adviseert onder andere de invoering van periodieke (genitale) controles van alle jongens en meisjes tot 14 jaar. De artsorganisaties KNMG en AJN (Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland) zijn het niet eens met dit advies. Zij menen dat een volledig lichamelijk onderzoek, inclusief de genitalia, van met name de oudere kinderen niet overeenstemt met respect voor de integriteit van het lichaam. Ook keren de KNMG en AJN zich tegen de voorgestelde meldplicht van artsen om vermoedens van kindermishandeling (waaronder meisjesbesnijdenis) te melden, omdat dit voor ouders de drempel verhoogt om met hulpverleners in contact te treden. De beroepsorganisaties zijn wel voor een meldcode, een handreiking voor de signalering en aanpak van (vermoede) kindermishandeling.

Ook de KNOV ziet als reëel gevaar van een meldplicht dat vrouwen zich onttrekken aan prenatale zorg. De KNOV heeft zich dan ook bij het commentaar van de KNMG en AJN aangesloten.<sup>35</sup>

De onderzoeksrapporten en reacties van de beroepsorganisaties hierop leiden in 2005 tot een kabinetsstandpunt om tot een effectieve aanpak van de bestrijding van meisjesbesnijdenis te komen. De belangrijkste maatregelen in dit kabinetsstandpunt zijn hier vermeld en eronder is beschreven wat in 2011 is gerealiseerd:

1. Landelijke invoering van een meldcode meisjesbesnijdenis;
  - o in december 2009 heeft het ministerie van VWS het basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld. Dit basismodel is bestemd voor functionarissen die binnen een instelling, organisatie of praktijk een meldcode opstellen;
  - o er is op dit moment een wetsvoorstel in behandeling dat organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren in het kader van de kwaliteitszorg verplicht om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Daaronder vallen ook seksueel geweld, vrouwelijke genitale verminking, eerge relateerd geweld en oudermishandeling. Verwacht wordt dat de wet in 2013 in werking zal treden.
2. Opname van vrouwelijke genitale verminking in de registratie van Advies- en meldpunt Kindermishandeling (AMK).
3. Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar het toepassen van het 'Gespreksprotocol Meisjesbesnijdenis'.
4. Bindende afspraken over goede ketenzorg;
  - o GGD Nederland heeft in opdracht van het ministerie van VWS in 2010 het project 'Landelijke uitrol van de preventieve aanpak van meisjesbesnijdenis' opgezet. Tijdens dit project is de preventieve aanpak van meisjesbesnijdenis in de gehele Jeugdgezondheidszorg (JGZ) geïmplementeerd. Hiervoor is een e-learning traject ontwikkeld voor JGZ-professionals, is de 'Verklaring tegen meisjesbesnijdenis' officieel geïntroduceerd en is een netwerk van professionals rondom besnijdenis

opgebouwd. Dit project is eind 2011 afgerond. Als vervolg hierop ontwikkelt Pharos vanaf eind 2011 multidisciplinaire regionale expertteams.

5. Actieve deskundigheidsbevordering in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en in andere medische beroepsgroepen, bij de politie en op scholen. Dit is inmiddels gerealiseerd met een e-learning traject.
  - o Sinds 2009 ontwikkelt de KNOV met subsidie van VWS een digitale scholing voor verloskundigen, gynaecologen en huisartsen. Ook worden VGV-adviseurs opgeleid. Zie <http://www.knov.nl/.../deskundigheidsbevordering/bij-en-nascholing/vgv-project-vrouwelijke-genitale-verminking>.
6. Intensieve aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de grote steden. De proefregio's zijn Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Rotterdam, Tilburg en Utrecht.

#### *Overige initiatieven op het gebied van VGV na 2005*

7. Er is een behandelteam voor besneden vrouwen in het leven geroepen. Dit is een gezamenlijk initiatief van Pharos, het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG, Amsterdam) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Het team richt zich op reconstructieve plastisch-chirurgische ingrepen bij besneden vrouwen. Ook doet het onderzoek naar de lichamelijke en psychosociale gevolgen van deze ingreep. Voor meer informatie: <http://www.meisjesbesnijdenis.nl/home/nieuws/4/476/>
8. Vrouwen die geïnteresseerd zijn in een reconstructie na een besnijdenis, kunnen contact opnemen met de afdeling plastische chirurgie van het OLVG. Pharos volgt de groep vrouwen die een reconstructie hebben ondergaan in het OLVG, waarbij nagegaan wordt in hoeverre deze ingreep bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven.

De KNOV heeft in 2011 het basismodel meldcode van het ministerie van VWS gebruikt om de KNOV-meldcode *Kindermishandeling (2007)* aan te passen en op maat te maken voor de verloskundige beroepsgroep. De inhoud van de meldcode *Huiselijk geweld en kindermishandeling (2011)* en dit KNOV-standpunt sluiten op elkaar aan.

## **2.2 Doel van dit standpunt**

Dit standpunt beoogt verloskundigen een leidraad te geven voor een professionele houding en zorgvuldige handelwijze bij de zorg aan vrouwen die in hun jeugd een besnijdenis hebben ondergaan. Het standpunt beschrijft aan welke eisen adequate zorgverlening moet voldoen en wat de rol van de verloskundige kan en moet zijn bij het bestrijden van meisjesbesnijdenis.

## **2.3 Verantwoording**

Voor dit standpunt is gebruik gemaakt van de meest recente rapporten en documenten over 'best practice' met betrekking tot verloskundige zorg aan besneden vrouwen (zie de literatuurlijst).

Een belangrijke basis voor het standpunt is de richtlijn van de World Health Organization<sup>35</sup> en het onderzoeksrapport van de Vrije Universiteit.<sup>30</sup> Daarnaast zijn de richtlijnen van de beroepsorganisaties van gynaecologen en verloskundigen in Engeland bekeken, mede omdat Engelse zorgverleners al geruime tijd publiceren over verloskundige zorg aan vrouwen die besneden zijn. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) kent wel een standpunt in de zin van een stellingname, maar geen richtlijn voor de inhoudelijke zorg aan vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan.

Op basis van recente ontwikkelingen (tussen 2005-2011) is het standpunt met relevante informatie aangevuld en herzien. Er is gebruik gemaakt van recente documenten van andere beroepsorganisaties, zoals de NVOG, recente informatie van de WHO en van Pharos<sup>33, 34, 38, 39</sup>. Nieuwste inzichten vanuit het veld zijn ingebracht door professionals uit de verloskundige ketenzorg die zich met VGV bezighouden. Deze professionals

maakten deel uit van de ontwikkelgroep voor de training van de VGV adviseurs en de e-learning over dit onderwerp voor verloskundigen, gynaecologen en huisartsen (zie bijlage 5).

#### *Leeswijzer*

Dit standpunt start met een toelichting op de culturele achtergronden van de praktijk van meisjesbesnijdenis. In hoofdstuk 3 kunt u lezen wat men onder meisjesbesnijdenis verstaat, waar het voorkomt en waarom besnijdenis belangrijk is voor mensen.

Vervolgens gaan we in hoofdstuk 4 in op de zorgverlening aan zwangere vrouwen. In de verloskundige zorg valt kennis over medisch-technische aspecten van besnijdenis samen met voorlichting en psychosociale begeleiding.

In hoofdstuk 5 tenslotte bespreken we het meersporenbeleid dat nodig is om meisjesbesnijdenis in Nederland te voorkomen. Hierin komt ook de rol van de verloskundige aan de orde.



### 3. Achtergronden

In dit hoofdstuk gaan we in op de achtergronden van de besnijdenis. Wat is meisjesbesnijdenis, waar en hoe vaak komt het voor en welke betekenissen geven mensen aan dit gebruik?

#### 3.1 Terminologie

Men spreekt van vrouwenbesnijdenis of vrouwelijke genitale verminking (VGV); in het Engels van *female genital mutilation* (FGM). De besnijdenis vindt vaak plaats op jonge leeftijd, daarom zou men beter kunnen spreken van meisjesbesnijdenis. Het maakt ook meteen het probleem duidelijk; een vrouw beslist niet zelf of ze zich wil laten besnijden, maar ouders en familie beslissen over het lichaam van hun kind en bepalen daarmee haar toekomst.

De WHO hanteert de term FGM om duidelijk te maken dat het een zeer ernstig probleem is. Mutilatie of verminking mag niet worden getolereerd. Veel besneden vrouwen ervaren echter hun besneden lichaam niet als verminkt. De term ‘genitale verminking’ kan in contact tussen zorgverlener en vrouw vervreemdend werken. Verloskundigen kunnen in het contact met besneden vrouwen daarom beter spreken van meisjes- of vrouwenbesnijdenis.

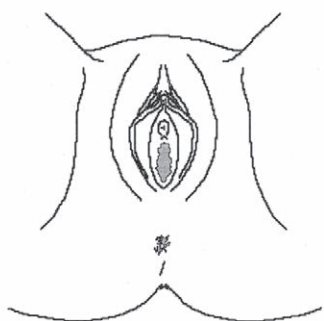
Ook in dit KNOV-standpunt zullen deze termen gehanteerd worden. De term meisjesbesnijdenis wordt gebruikt wanneer het om de gebeurtenis, de besnijdenis, gaat. Vrouwenbesnijdenis wordt gebruikt in de context van volwassen vrouwen die in het verleden een besnijdenis hebben ondergaan.

Vrouwen zelf gebruiken vaak de Arabische term *sunna*. Letterlijk betekent dit woord ‘traditie’; het wordt vaak gebruikt om de mildere vormen van besnijdenis aan te duiden. In een studie in Soedan waar men de betrouwbaarheid van de zelf gerapporteerde vorm van besnijdenis onderzocht, vond men echter dat ongeveer de helft van de vrouwen die hun besnijdenis als sunna benoemden, een infibulatie had ondergaan.<sup>10</sup>

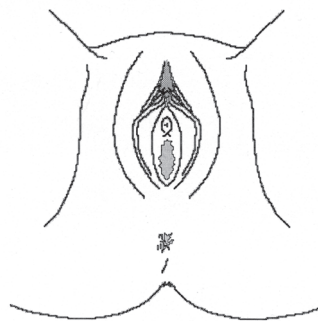
#### 3.2 Vormen van meisjesbesnijdenis

Meisjesbesnijdenis komt in verschillende vormen en gradaties voor. De WHO onderscheidt vier typen van besnijdenis.

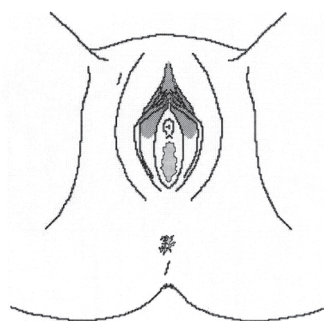
- Type I: geheel of gedeeltelijke excisie van de clitoris met of zonder excisie van het preputium clitoridis (clitoridectomie).
- Type II: geheel of gedeeltelijke excisie van clitoris en van de labia minora met geheel of gedeeltelijke verwijdering van de labia majora.
- Type III: excisie van de externe genitalia en hechten/vernauwen van de introïtus vaginae met of zonder verwijdering van de clitoris. Dit wordt ook wel infibulatie of faronische besnijdenis genoemd.
- Type IV: overige vormen zoals prikken, piercen of snijden in de clitoris en/of labia en brandwonden aanbrengen (cauterisatie) bij de clitoris of vagina.



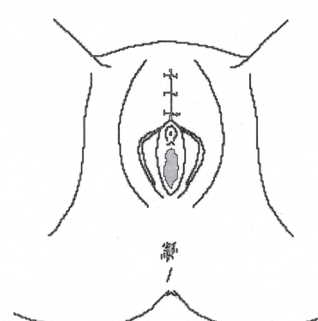
Normale vrouwelijke genitalia



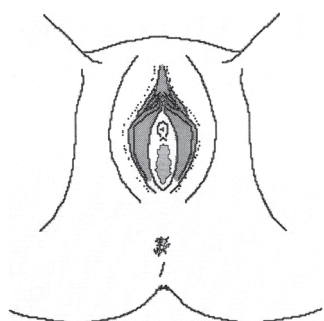
Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd  
Type I



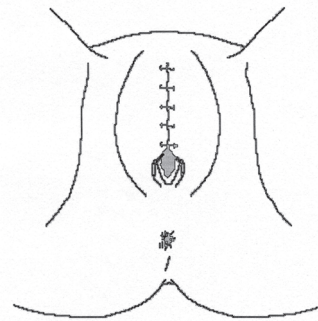
Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd  
Type II



Type II - Na verwijdering en hechten



Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd  
Type III



Type III - Na verwijdering en hechten

*Figuur 1, Type I, II en III volgens de WHO.*

In de medische literatuur wordt de wijze van besnijdenis aangegeven met deze WHO-classificatie<sup>38, 39</sup>. Er zijn ook varianten of tussenvormen.<sup>3</sup> Wanneer er bijvoorbeeld minder hechtingen gebruikt zijn, kan de vaginale opening groter zijn dan doorgaans na een besnijdenis het geval is. Ook kan men de kleine schaamlippen aan elkaar hechten of laten verkleven. Er ontstaat dan wel een afsluiting van de vagina, maar de ontstane weefselbrug is soepeler dan wanneer de grote schaamlippen aan elkaar gehecht zijn. Daarnaast komt het voor dat de schaamlippen gehecht zijn zonder dat de clitoris verwijderd wordt. Een onderzoek in Engeland meldt dat bij 70% van de onderzochte geïnfibuleerde vrouwen zich een intacte clitoris onder het litteken bevindt.<sup>11</sup>

### 3.3 De uitvoering van de ingreep

De gemiddelde leeftijd waarop de besnijdenis plaatsvindt, is 7 jaar. Afhankelijk van de omstandigheden en plaatselijke gebruiken, kan de ingreep van net na de geboorte tot de huwbare leeftijd verricht worden. Bij orthodoxe christenen in Eritrea bijvoorbeeld vindt een clitoridectomie plaats binnen een paar maanden na de geboorte, bij voorkeur voor de doop.<sup>30</sup> De besnijdenis van meisjes in Europese landen stelt men vaak noodgedwongen uit. De negatieve houding en de strafbaarheid in het migratieland worden als een rem ervaren.<sup>3,18,30</sup> Het kan voorkomen dat een meisje van 16 jaar alsnog tijdens een vakantie in het herkomstland besneden wordt.

Op het platteland wordt de besnijdenis doorgaans uitgevoerd door een vrouw die zich daarin gespecialiseerd heeft. Vaak is dit een traditionele vroedvrouw of een ander niet-medisch getraind persoon. In sommige regio's is het een familielid van het meisje, maar in andere regio's is het juist iemand die niet tot de clan of groep behoort. Een aantal vrouwen houdt het meisje vast, terwijl een van hen met een mes of scheermesje een vorm van besnijdenis uitvoert.

In Somalië waar de meeste meisjes geïnfibuleerd worden, wordt de wond doorgaans gehecht met acaciadoornen waarvan men zegt dat ze een verdovende werking hebben.<sup>3</sup> Het meisje moet de eerste dagen met de benen aan elkaar gebonden blijven liggen. Ze krijgt dan licht verteerbaar voedsel en weinig vocht te drinken, zodat urineren en ontlasting beperkt worden. Urineren gebeurt liggend op een zij, wat met veel pijn en angst gepaard gaat. Na enkele dagen controleert men de wond en worden de 'hechtingen' verwijderd. Na 7 tot 14 dagen worden de benen losgemaakt. Wanneer de vaginale opening te groot blijkt te zijn of de infibulatie anderszins mislukt, wordt overgegaan tot opnieuw (snijden en) hechten.

Na een clitoridectomie gaat het herstel veel sneller dan na een infibulatie; vaak kunnen meisjes enkele dagen na de ingreep hun leven weer voortzetten.

In de steden worden besnijdenissen tegenwoordig meestal uitgevoerd in klinieken of thuis door medisch geschoold personeel. De ingreep vindt dan vaak onder steriele omstandigheden plaats. Daarbij worden verdoving en chirurgisch materiaal gebruikt. Soms krijgt het meisje antibiotica en een anti-tetanusinjectie.

### 3.4 Epidemiologie

Meisjesbesnijdenis komt vooral in Afrika voor, in meerdere regio's, in diverse landen en bij verschillende etnische groepen. Ook de manier waarop meisjes besneden worden verschilt per regio, land en etnische groep.<sup>30</sup>

Vaak zijn de vrouwen zelf niet op de hoogte van wat er precies is gebeurd.<sup>3,22</sup> De besnijdenis is een intiem onderwerp dat niet in detail besproken wordt. Zo ontmoetten Bartels en Haaijer in het kader van hun onderzoek naar de opvattingen over meisjesbesnijdenis bij Somalische vrouwen in Nederland een vrouw die dacht dat ze volledig geïnfibuleerd was. Zij ontdekte pas in Nederland, door gesprekken met andere vrouwen, dat zij een clitoridectomie had ondergaan.<sup>3</sup>

In Nederland heeft dit gebruik voornamelijk aandacht gekregen door de komst van Somaliërs. Somalische vluchtelingen zijn in Nederland relatief sterk vertegenwoordigd, er wonen ongeveer 40.000 Somalische vluchtelingen, 15.6000 vrouwen waarvan 7199 meisjes in de leeftijd van 0 – 20 jaar. In Somalië wordt de ernstigste vorm van besnijdenis toegepast. Schattingen gaan ervan uit dat 98% van de vrouwen in Somalië geïnfibuleerd is (zie tabel 1).

Behalve in Afrikaanse landen komt meisjesbesnijdenis beperkt voor in Aziatische landen zoals Jemen, Oman, Verenigde Arabische Emiraten, India, Maleisie, Indonesië<sup>30</sup> en onder de inheemse bevolking van Zuid-Amerika.<sup>19</sup> Dit kan echter niet met cijfers worden onderbouwd.

In de Koerdisch autonome regio in Noord-Irak ondergaat 73% van de vrouwen een besnijdenis.<sup>34</sup>

Tabel 1, Prevalentiecijfers en besnijdenistypen in Afrika

Land van herkomst	Aantal mannen in Nederland (2012)	Aantal vrouwen in Nederland (2012)	Aantal vrouwen 0 tot 20 jaar in Nederland (2012)	Prevalentie land herkomst (b)	Type besnijdenis % (b)*		
					Besneden, geen weefsel verwijderd	Weefsel verwijderd	Dicht-genaaid/ gesloten
Benin	250	149	67	13%	0,6	97,5	3,9
Burkina Faso	307	245	131	73%	0,7	89,5	3,8
Centraal-Afrikaanse Republiek	37	36	13	26%	-	92,4	3,3
Congo (Democratische Republiek)	4.096	3.988	1.735	-	-	-	-
Djibouti	76	115	58	93%	24,9	6,4	67,2
Egypte	13.180	8.193	4.022	91%	-	-	-
Eritrea	969	946	340	89%	46,0	4,1	38,6
Ethiopië	6.285	5.685	1.921	74%	-	-	6,1
Gambia	598	410	217	78%	-	-	-
Ghana	10.859	11.063	3.979	4%	-	-	-
Guinee	2.311	1.558	796	96%	1,7	86,4	9,3
Guinee-Bissau	212	168	58	45%	0,8	91,7	3,2
Ivoorkust	1.020	771	351	36%	6,1	80,0	5,7
Jemen	358	255	131	38%	-	-	-
Kameroen	1.330	1.395	568	1%	4,0	85,0	5,0
Kenia	1.592	1.916	770	27%	-	-	-
Liberia	1.802	1.302	671	58%	-	-	-
Mali	135	149	77	85%	3,0	75,8	10,2
Mauritanië	350	85	53	72%	-	73,9	3,2
Niger	279	118	57	2%	0,8	90,5	13,3
Nigeria	6.023	5.173	2.578	30%	3,0	45,4	5,3
Oeganda	809	868	271	1%	-	-	-
Senegal	969	691	350	28%	0,2	82,7	11,9
Sierra Leone	3.777	2.194	1.056	94%	-	-	-
Soedan	3.887	2.455	1.137	90%*	21,5*	1,7*	74,1*
Somalië	18.150	15.600	7.199	98%	1,3	15,2	79,3
Tanzania	1.019	1.041	471	15%	1,9	91,3	2,0
Togo	1.079	729	341	6%	7,7	85,7	1,7
Tsjaad	99	60	24	45%	19,4	74,7	2,4
Totaal	81.858	67.358	29.442				
© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 17-7-2012							
(b) Population Reference Bureau, Fgm/c: Data and trends, update 2010							
(*) Population Reference Bureau, Fgm/c: Data and Trends 2008							



Bovenstaande tabel geeft een overzicht van 29 Afrikaanse landen waarvan we weten dat daar VGV voorkomt. Prevalentiecijfers uit deze landen zijn afkomstig van Demographic and Health Surveys (DHS) en Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), waarin aan vrouwen zelf gevraagd is of ze besneden zijn (door respectievelijk Macro International Inc en UNICEF). Aangezien vrouwen niet op de hoogte zijn van de VGV-typen van de WHO, is het type besnijdenis op een andere wijze aan de vrouwen gevraagd.

Bij elkaar opgeteld leiden deze cijfers van het CBS tot de conclusie dat er op 1 januari 2012 ongeveer 67.358 vrouwen in Nederland wonen die afkomstig zijn uit landen waar meisjesbesnijdenis van oudsher voorkomt. Onder hen bevinden zich circa 29.442 meisjes in de leeftijd van nul tot twintig jaar die in de komende jaren zwanger kunnen worden. Asielzoekers en illegaal in Nederland verblijvende vrouwen vallen buiten de cijfers.

### 3.5 Cultuur

Het besnijden van meisjes kan als een markeringsritueel getypeerd worden.<sup>3</sup> In een markeringsritueel worden typerende kenmerken of identiteiten tot uitdrukking gebracht. Door besnijdenis veranderen meisjes van een seksneutraal wezen in een geslachtelijk wezen en verwerven zij een plaats binnen de eigen samenleving of groep.<sup>30</sup>

In Somalië markeert de besnijdenis de overgang van kind naar maagd en waarborgt de besnijdenis de maagdelijkheid van het meisje tot aan haar huwelijk. Maagd zijn is een belangrijke voorwaarde om een huwelijk te kunnen sluiten.

De besnijdenis lijkt binnen de Somalische samenleving de enige manier om dochters een respectabel leven te laten leiden.<sup>29</sup> Daarnaast is het besneden zijn verbonden met opvattingen over reinheid, schoonheid en vrouwelijkheid.<sup>30</sup> Een niet-besneden meisje beschouwt men als onrein. De besneden geslachtsorganen zijn glad, 'netjes' en schoon. Sommige mensen denken dat de geslachtsorganen van meisjes sterk uit kunnen groeien. Een clitoris die lang en groot wordt, geldt als lelijk. In sommige streken denkt men dat de clitoris giftige stoffen afscheidt; deze kunnen een bedreiging vormen voor de penis van de man of het hoofdje van de baby.

Ook wordt naar voren gebracht dat de besnijdenis een goede seksuele moraal van de vrouw waarborgt. Een actieve seksuele rol vindt men ongepast voor vrouwen; de besnijdenis beschermt het meisje hiertegen. Sommige mensen geloven dat de besnijdenis het seksuele genot van de man stimuleert.

De meeste vrouwen zijn trots op hun besnijdenis. Meisjes die in een bepaalde leeftijdscategorie komen, gaan onderscheid maken tussen meisjes die wel en niet besneden zijn. Het is niet ongebruikelijk dat meisjes hun moeders vragen om ook besneden te worden.

Migratie naar een ander land brengt vaak allerlei veranderingen met zich mee. Soms wordt het daardoor gemakkelijker om bepaalde gewoonten los te laten, maar er kan ook het mechanisme optreden dat men nog meer vasthoudt aan het gebruik. Zo blijkt dat onder Somaliërs in Nederland meisjesbesnijdenis ook een belangrijk middel wordt om zich als Somalische te onderscheiden van andere vluchtelingen en migrantengroepen in Nederland.<sup>30</sup> Ook de mogelijkheid met een Somaliër te kunnen huwen wordt gekoppeld aan besnijdenis. Daarnaast zien Somaliërs het laten besnijden van hun dochter als een religieuze plicht, die ze vooral in de migrantensituatie niet willen verzaken. Juist hier in Nederland bestaat het risico dat meisjes de vrije omgang tussen de seksen van Nederlanders overnemen en hun banden met het thuisland verliezen.

De beslissing om tot meisjesbesnijdenis over te gaan of daarvan af te zien, wordt niet door een enkele persoon genomen. Het zijn vooral de grootmoeders en overige familieleden die moeders onder druk zetten.<sup>30</sup> Bartels en Haaijer (1995) spraken in het begin van de negentiger jaren met 35 Somalische vrouwen in

Nederland, waarvan 25 een of meer dochters hadden.<sup>3</sup> Vijftien van deze vrouwen waren tegenstander van infibulatie, toch werden vijf van hun dochters besneden.

De rol van vaders in de beslissing om het meisje te laten besnijden, is niet eenduidig. Enerzijds worden zij buiten alle vrouwenzaken gehouden, anderzijds zijn zij wel degenen die de besnijdenis betalen. Overigens weten veel mannen nauwelijks iets van de gevolgen van de besnijdenis voor de vrouw. Wanneer zij tijdens voorlichtingsbijeenkomsten in Nederland geïnformeerd worden over de gevolgen van de besnijdenis, blijken velen zich tegen besnijdenis te keren.<sup>28</sup>

Hoewel Somalische jongeren in Nederland door hun contacten op school, via de media en met Nederlanders andere ideeën over dit gebruik krijgen, lijken tweedegeratie meisjes zich nog niet erg te verzetten tegen besnijdenis. Die beslissing laten zij doorgaans nog over aan hun ouders.<sup>30</sup>

Overigens zijn in Afrika sinds de jaren '70 actiegroepen en netwerken ontstaan, die nationaal en internationaal actie ondernemen tegen meisjesbesnijdenis. In sommige landen is meisjesbesnijdenis strafbaar en in veel landen worden gezondheidscampagnes gevoerd om de bevolking bewust te maken van de risico's van de besnijdenis.

Deze strijd kent haar hindernissen en is nog lang niet gestreden. In sommige landen ontstaat een tendens naar mildere vormen van besnijdenis, maar in bepaalde regio's ziet men ook een toename van meisjesbesnijdenis die daar voorheen niet of zelden voorkwam.<sup>13</sup>

### 3.6 Religie

Meisjesbesnijdenis wordt vaak geassocieerd met de islam, maar dat is onjuist. De gewoonte om meisjes te besnijden dateert van ver voor de komst van de islam.<sup>30</sup> Het gebruik komt ook voor onder christenen en er zijn veel islamitische landen waarin men het gebruik helemaal niet kent. In Marokko en Turkije, landen waar de meeste islamitische migranten in Nederland vandaan komen, komt dit gebruik niet voor, evenmin als in bijvoorbeeld Saoedi-Arabië dat wel als 'het hart van de islam' beschouwd wordt.<sup>30</sup> Wel is het zo dat met de verspreiding van de islam het gebruik van meisjesbesnijdenis ook gezien wordt in landen waarin dat voorheen niet voorkwam. Indonesië en Maleisië zijn voorbeelden hiervan. Er zijn echter ook landen die islamiseren, maar die het gebruik van meisjesbesnijdenis niet overnemen.

Hoewel meisjesbesnijdenis dus geen islamitisch gebruik is, beschouwen moslims uit landen waar dit gebruik wordt gepraktiseerd het vaak wel als een religieuze verplichting. Vrouwen zien aldus hun eigen besnijdenis of de besnijdenis van hun dochters als het opvolgen van een religieus gebod.

### 3.7 Lichamelijke en psychische gevolgen

Besnijdenis kent uiteenlopende complicaties zowel op de korte als op de langere termijn.<sup>36</sup> Complicaties komen vaker voor bij type III dan bij type I of II.

Direct aansluitend op de ingreep kunnen zich de volgende complicaties voordoen: bloedingen, wondinfectie (o.a. tetanus), sepsis, urineretentie, urineweginfectie en andere opstijgende infecties van de interne genitalia. Hoewel mortaliteitscijfers ontbreken, weet men uit casuïstiek dat besnijdenis fataal af kan lopen.<sup>19</sup> Daarnaast is er kans op HIV-besmetting door het gebruik van niet-steriel materiaal. Tijdens de besnijdenis kunnen ook omliggende structuren direct beschadigd worden, zoals de vagina of de urethra.

Chronische urineweginfecties worden vaak genoemd als complicatie op langere termijn.<sup>19</sup> Acute en chronische ontstekingen van het kleine bekken kunnen optreden met infertiliteit als gevolg. Daarnaast kan littekenvorming pijn doen of geslachtsgemeenschap onmogelijk maken.

Overmatig littekenweefsel kan vaginale stenose veroorzaken. Vaginastenen kunnen zich vormen door achterblijven van urine in de vagina. Niet zelden gebeurt dit rond een vreemd lichaam (object) dat

achtergebleven is in de vagina door pogingen de vaginale opening te verruimen. Cysten van huidweefsel zijn een veelvoorkomend restverschijnsel waarbij abscessen kunnen ontstaan.

In Afrika leidt de besnijdenis vaak tot problemen tijdens de bevalling. In een grote studie in zes Afrikaanse landen hebben besneden vrouwen een verhoogd risico op Sectio Caesara, fluxus post partum (> 500 ml), resuscitatie van de pasgeborene, en foetale of vroeg neonatale sterfte. Het risico is het grootst bij de meer uitgebreide vorm van besnijdenis.<sup>2</sup>

De besnijdenis kan naast lichamelijke ook psychische gevolgen hebben. Een besnijdenis kan volgens Menage (1998) tot een posttraumatisch stresssyndroom leiden.<sup>15</sup> Meisjes ervaren de besnijdenis vaak als verraad door hun moeder. Grassivaro Gallo (1998) heeft beschreven hoe Somalische meisjes in Italië na hun besnijdenis introvert, stil en teruggetrokken worden.<sup>12</sup> Hij maakt melding van gedragsstoornissen, zoals eetstoornissen en angsten. En ook Dirie (1985) meldt psychiatrische, psychosomatische en psychosociale klachten bij vrouwen in Somalië ten gevolge van de besnijdenis.<sup>8</sup>

Vrouwen ondervinden niet alleen seksuele problemen door de lichamelijke gevolgen van besnijdenis; associaties met de besnijdenis hebben ook negatieve invloed op hun seksuele leven.<sup>19</sup> Ook kan de bevalling nare herinneringen oproepen aan de besnijdenis, die tot angst en paniekaanvallen kunnen leiden. In 2010 publiceert Pharos *Verluisde pijn. Onderzoek naar psycho-sociale gevolgen van meisjesbesnijdenis*. Op basis van empirische bevindingen toont deze studie aan dat meisjesbesnijdenis bij een substantiële groep vrouwen samenhangt met psychische gezondheidsklachten. Tegelijkertijd nuanceert deze studie de algemene aanname dat elke besneden vrouw per definitie met ernstige klachten kampt.<sup>33</sup>

### 3.8 Defibulatie

In Somalië wordt na de voltrekking van het huwelijk de vrouw in de meeste gevallen een stukje opengemaakt (defibulatie), zodat coïtus kan plaatsvinden. In Noord-Somalië gaan vrouwen daarvoor naar een traditionele vroedvrouw of naar een arts.<sup>3</sup>

In het Zuiden wordt defibulatie als taak van de man gezien. Door penetratie moet hij de vernauwde vaginale opening verwijderen. Een echte man acht men in staat dit tijdens de huwelijksnacht te doen. In werkelijkheid is het een proces dat weken tot maanden duurt. Wanneer het openen door middel van penetratie mislukt, zal de man in een enkel geval een mes gebruiken. Een man die anderen om hulp moet vragen, vindt men een lafaard. Ook voor de vrouw is het een schande als haar echtgenoot niet in staat is haar te openen. Zelfs als alle middelen falen is de drempel om hulp van derden te vragen zeer hoog. Het is niet ongebruikelijk dat ongewenste kinderloosheid te wijten is aan het mislukken van de defibulatie. Men zal dan proberen sperma op andere wijze (met een vinger of rietje) in te brengen.<sup>3,9</sup>

### **Rol van de verloskundige bij defibulatie**

Een enkele keer wordt een verloskundige benaderd om een (niet-zwangere) vrouw na het huwelijk te openen. In principe kan een verloskundige deze ingreep verrichten, maar in de meeste verloskundige praktijken zijn de omstandigheden daarvoor niet ideaal. In tegenstelling tot de situatie rond de uitdrijving, kan adequate verdoving van het weefsel soms moeilijk zijn. Ook is het bloedverlies niet altijd gemakkelijk te beheersen.

De KNOV adviseert dan ook vrouwen met deze hulpvraag door te sturen naar de tweede lijn. Bij doorverwijzing is het belangrijk om de afspraak met de gynaecoloog op korte termijn te regelen. Wanneer een echtpaar lang moet wachten, zullen zij zelf proberen een oplossing te vinden om toch coïtus te hebben.<sup>3</sup>

## 4. Verloskundige zorg

Nederlandse verloskundigen hebben met name te maken met vrouwen die een type-III besnijdenis hebben ondergaan. In dit hoofdstuk ligt dan ook de nadruk op de verloskundige en psychosociale begeleiding van deze vrouwen tijdens de zwangerschap, de baring en het kraamperiode.

### 4.1 Besnijdenis en obstetrische complicaties

Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat vrouwen in Europa door hun besnijdenis een verhoogd risico lopen op slechtere obstetrische en neonatale uitkomsten dan niet-besneden vrouwen.<sup>11</sup>

Een verloskundige kan een besneden vrouw na een normaal verlopen zwangerschap thuis of poliklinisch begeleiden tijdens de bevalling. Voor de zorgverlening tijdens de zwangerschap, bevalling en het kraamperiode gelden wel een aantal specifieke aandachtspunten die hieronder worden besproken.

### 4.2 Communicatie

Vrouwen zijn vaak opgelucht wanneer de verloskundige de besnijdenis ter sprake brengt.<sup>9,22</sup> Dit houdt niet automatisch in dat men vervolgens ook vrijuit spreekt over de besnijdenis en daarmee samenhangende issues.

Directe vragen en opmerkingen over seksualiteit kunnen leiden tot veel schaamte en ontredning.<sup>22</sup>

Verloskundigen doen er goed aan het onderwerp besnijdenis actief en open aan te kaarten, maar zich daarbij vragend en luisterend op te stellen.<sup>22</sup> Ze moeten daarbij wel beseffen dat veel vrouwen een zeer beperkt inzicht hebben in de anatomie van hun geslachtsorganen. De vrouw in kwestie heeft misschien nog nooit haar eigen vulva gezien en nauwelijks een idee hoe deze er bij een niet-geïnfibuleerde vrouw uitziet.

Veel vrouwen ervaren hun besnijdenis als de norm. Zij zullen zelf niet snel het verband leggen tussen lichamelijke klachten en de besnijdenis. Daarnaast zullen zij niet snel over gynaecologische klachten en seksualiteitsproblemen praten, omdat dat vrouwonwaardig is. Vrouwen laten zo weinig mogelijk blijken van deze ongemakken.<sup>3</sup>

Veel vrouwen zijn trots op hun besnijdenis. Dit neemt niet weg dat een vrouw wel nare herinneringen kan hebben aan de besnijdenis. Deze kunnen opspelen bij lichamelijk onderzoek, tijdens de bevalling of wanneer de verloskundige de besnijdenis en het behandelplan bespreekt.<sup>14,18,32</sup> Verloskundigen dienen alert te zijn op eventuele angst of paniekaanvallen.

De verloskundige kan ook geconfronteerd worden met vrouwen die niet alleen hun besnijdenis als traumatisch ervaren hebben, maar ook hun lichaam als verminkt beschouwen. Schaamte hierover kan de communicatie bemoeilijken.

Het mag duidelijk zijn dat het contact met een besneden vrouw om een individuele benadering van de verloskundige vraagt. De tijd nemen, aandacht en de bereidheid tot luisteren vormen de basis voor een respectvolle benadering en onderling vertrouwen.

### 4.3 Betrekken van partner

In Nederland worden mannen van besneden vrouwen door de omstandigheden vaak meer betrokken bij de bevalling en de zorg voor de baby dan zij in hun herkomstland gewend zijn. In het algemeen vinden mannen en vrouwen dit positief.<sup>21</sup>

Het is zeer wenselijk dat de verloskundige de echtgenoot tijdens de zwangerschap ook informeert over de gevolgen van de besnijdenis voor de bevalling. Om misverstanden te voorkomen bij het hechten en de gevolgen daarvan voor het seksueel contact, is het van belang dat vrouw en man begrijpen wat er tijdens de bevalling gaat gebeuren en hoe de verloskundige na de bevalling gaat hechten.

De vrouw moet het er natuurlijk wel mee eens zijn dat haar partner bij de voorlichting betrokken wordt. Het is niet wenselijk om de man als tolk op te laten treden, als communicatie met de zwangere moeilijk is vanwege een taalprobleem. Mannen zijn vaak niet goed op de hoogte van de betekenis van woorden en termen die het vrouwelijke lichaam betreffen. Dit kan tot misverstanden leiden bij de vrouw en de verloskundige. Vrouwen krijgen zo niet de juiste informatie. Daarnaast kan schaamte bij man en vrouw vertaling bemoeilijken, waardoor vragen en zorgen onvoldoende worden gedeeld met de verloskundige. Om dit te voorkomen kan de verloskundige een beroep doen op een vrouwelijke telefonische tolk of een Voorlichter in Eigen Taal en Cultuur (VETC), zie bijlage 2. Of een VETC'er beschikbaar is in de eigen stad of regio is afhankelijk van lokale initiatieven en/of de GGD.

#### 4.4 Intake

Tijdens het eerste bezoek van de vrouw neemt de verloskundige zoals gebruikelijk een anamnese af. Hierbij zal duidelijk moeten worden of de vrouw besneden is.

Wanneer het voor de verloskundige duidelijk is dat de vrouw afkomstig is uit een land waar meisjesbesnijdenis voorkomt, kan zij dit onderwerp ter sprake brengen met de volgende inleidende vraag: “Ik weet dat in uw geboorteland meisjes besneden worden. Bent u ook besneden?” Bij twijfel of in het herkomstland meisjesbesnijdenis voorkomt, kan de verloskundige de vraag nog wat algemener stellen: “In sommige delen van de wereld komt vrouwenbesnijdenis voor. Gebeurt dat ook in uw geboorteland?”

##### **Andere belangrijke vragen**

Wanneer de vrouw bevestigt dat zij besneden is, zijn de volgende vragen relevant.

- Hebt u ook klachten aan de besnijdenis overgehouden? Sommige vrouwen hebben bijvoorbeeld veel last van het litteken of pijn met plassen. Hebt u dat misschien ook?
- (Bij een nullipara waarbij infibulatie vermoed wordt) Bent u ook geopend?
- (Bij een multipara) Bent u tijdens de vorige bevallingen ook ingeknipt of ingescheurd? Bent u na de bevalling goed genezen of hebt u klachten van de wond overgehouden?

De verloskundige zal de vulva zelf moeten bekijken en de mate van besnijdenis moeten vaststellen. Het is niet noodzakelijk om dit tijdens het eerste bezoek te doen; het kan de vrouw in kwestie zelfs overvallen. De verloskundige kan tijdens het eerste bezoek uitleggen dat zij later in de zwangerschap de vrouw wil onderzoeken en dat zij dan tevens de handelwijze tijdens en na de bevalling wil bespreken.

Ingeval het een nullipara betreft waarbij geen opening heeft plaatsgevonden, is het raadzaam dit onderzoek niet later dan in de 20<sup>e</sup> zwangerschapsweek uit te voeren. Eventuele verwijzing om de vrouw te openen kan dan tijdig plaatsvinden.

In alle andere gevallen kan de verloskundige meer tijd nemen om een relatie op te bouwen met de vrouw. Het is echter aan te raden om dit lichamelijk onderzoek niet later dan in de 32<sup>e</sup> zwangerschapsweek te verrichten, zodat de vrouw voldoende gelegenheid krijgt om over het besprokene na te denken en er eventueel bij controles op terug te komen.

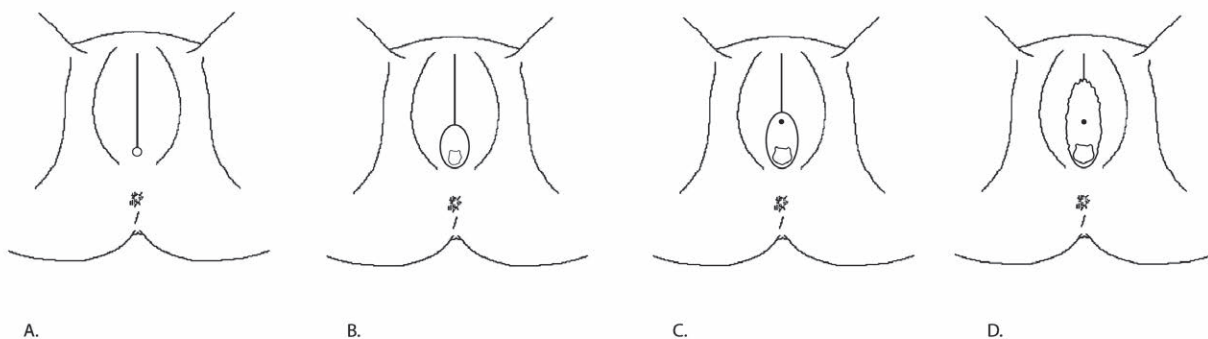
#### 4.5 Lichamelijk onderzoek tijdens de zwangerschap

Het doel van het onderzoek van de vulva is tweeledig. Ten eerste zal de verloskundige de vulva willen inspecteren om te kunnen beoordelen of de besnijdenis mogelijk problemen kan geven tijdens de bevalling. Zij wil een risicoschatting maken en daarop kunnen anticiperen. Ten tweede vormt het onderzoek een basis voor de voorlichting over en voorbereiding op de bevalling.

### Aandachtspunten tijdens het onderzoek

Tijdens het onderzoek let de verloskundige op de volgende punten.

- Het gebied rond de clitoris: is de voorhuid intact? Is de clitoris deels zichtbaar of is er alleen littekenweefsel?
- De aanwezigheid van labia majora en minora? Zijn ze helemaal of gedeeltelijk aanwezig?
- De introitus vaginae; hoe groot is de opening?
- Is de opening van de urethra zichtbaar?
- Is er veel littekenweefsel aanwezig? Is het stug, stevig, is er sprake van een soepele weefselbrug?
- Zijn er aanwijzingen voor complicaties van de besnijdenis zoals cysten, abces of fistels die behandeling door een gynaecoloog vereisen?



*Figuur 2 geeft schematisch weer hoe een geïnfibuleerde vulva er uit kan zien.*

*A Een intacte infibulatie.*

*B Na de huwelijksvoltrekking is de opening van de besnijdenis groter gemaakt, zodat coïtus kan plaatsvinden.*

*C en D Tonen een geïnfibuleerde vulva na een (of meerdere) bevallingen. Afhankelijk van hoever het litteken is opgeknepen en het hecht- en genezingsproces verlopen is, varieert de situatie van C tot D.*

Wanneer de opening van de urethra zichtbaar is (situatie C en D) en wanneer twee vingers de introitus kunnen passeren zonder pijn (situatie B), zal de besnijdenis geen grote problemen geven tijdens de bevalling.<sup>35</sup> In zeldzame gevallen is de opening dermate klein (situatie A) dat toucheren tijdens de bevalling onmogelijk zal zijn. De vrouw kan dan overwegen om zich te laten openen tijdens de zwangerschap. Bij voorkeur zou dit voor de 24<sup>e</sup> zwangerschapsweek moeten gebeuren.

Nauwkeurige rapportage van de bevindingen is noodzakelijk voor de continuïteit van zorg en voorkomt dat cliënt onnodige herhaling van het onderzoek door andere zorgverleners moet ondergaan. Bij de rapportage kan men de besnijdenis classificeren volgens de WHO. Dit is echter niet altijd mogelijk omdat er ook tussenvormen bestaan. Met name is het verschil tussen type II en III niet altijd te zien.<sup>10</sup> Het noemen van alleen een type besnijdenis volstaat dus niet.

### **Wanneer (verder) openen?**

De richtlijnen van Engelse gynaecologen en verloskundigen adviseren een geïnfibuleerde vrouw die voor het eerst zwanger is, rond de 24<sup>e</sup> zwangerschapsweek (verder) te openen. De bevalling zou hierdoor gemakkelijker verlopen. De vrouw hoeft minder bang te zijn voor het persen, want zij is immers al open. Daarnaast anticipeert men op mogelijk noodzakelijke handelingen tijdens de baring die bij een intacte infibulatie moeilijk zijn, zoals het inbrengen van een schedelelektrode of catheterisatie. Bovendien voorkomt het dat verloskundige zorgverleners die onbekend zijn met besneden vrouwen, tijdens de bevalling opeens geconfronteerd worden met het zetten van een episiotomie anterior.

Voor zover bekend wordt dit beleid in Nederland niet toegepast. Hier gaan veel gynaecologen en verloskundigen er vanuit dat het (verder) openen tijdens de bevalling adequater is dan tijdens de zwangerschap.

## **4.6 Voorlichting en voorbereiding op de bevalling**

Veel geïnfibuleerde vrouwen zijn angstig voor de bevalling. Deze angst is vaak gerelateerd aan hun besnijdenis. Vrouwen kunnen angstig zijn voor de pijn en het knippen of scheuren. De literatuur maakt ook melding van herbelevingen van de besnijdenis.<sup>14,18,32</sup> De beperkte kennis over hun lichaam en wat er tijdens de bevalling gebeurt kan bijdragen aan de angstige gevoelens. Bovendien kan bevallen in een vreemd land de reeds aanwezige onzekerheid en zorgen versterken.

Tijdens de zwangerschap is de voorlichting over de besnijdenis gericht op het verminderen van angst voor de bevalling, het versterken van het vertrouwen in de zorgverlener en op *informed consent* voor de handelwijze tijdens de bevalling. De voorlichting zal plaatsvinden na of aansluitend op het lichamelijk onderzoek.

In de zwangerschap dient de verloskundige na te vragen wie uit de sociale kring van de vrouw haar tijdens de bevalling zal bijstaan. Bij met name nulliparae die slecht Nederlands spreken zal naar een oplossing voor extra bijstand tijdens de bevalling gezocht moet worden. Wanneer de echtgenoot bij de bevalling aanwezig zal zijn, moet hij wel weten wat hem ongeveer te wachten staat.

### **Leidraad en gespreksonderwerpen**

- Bespreek - voorafgaand aan het consult - of aanwezigheid van (telefonische) tolk of VETC noodzakelijk of wenselijk is.
- Nodig - met toestemming van cliënt - de echtgenoot uit.
- Vraag naar eventuele vorige ervaringen in het herkomstland en in Nederland. Verduidelijk zo nodig de handelwijze in Nederland.
- Vertel aan de hand van plaatjes hoe de vulva van een onbesneden vrouw er uitziet en hoe deze er bij de vrouw zelf uitziet.
- Leg uit hoever u tijdens de bevalling de episiotomie anterior zet en waarom.
- Informeer over tijdstip van verdoven en knippen. Vrouwen die eerder bevallen zijn in het herkomstland, begrijpen vaak niet waarom Nederlandse verloskundigen het perineum zo lang laten oprekken en niet veel eerder knippen.<sup>21</sup>
- Informeer over de indicatie van mediolaterale episiotomie (veel vrouwen gaan er automatisch van uit dat deze noodzakelijk is).
- Geef uitleg over de hechtprocedure.
- Vraag expliciet aan de vrouw hoe zij tegen deze aanpak aankijkt. Ga in op vragen en twijfels.



## 4.7 Openen en reconstrueren

Na de huwelijksvoltrekking worden de meeste vrouwen met een infibulatie geopend, d.w.z. de opening van de besnijdenis wordt groter gemaakt zodat coitus kan plaatsvinden. Wanneer de vrouw zwanger wordt, zal tijdens de bevalling het littekenweefsel verder open worden geknipt. Bij het achterwege laten van een episiotomie anterior is het risico groot op aanzienlijke schade van vagina en perineumweefsel. In de meeste gevallen zal daarbij ook het littekenweefsel van de besnijdenis niet intact blijven, maar ruptureren.

### Keizersnee

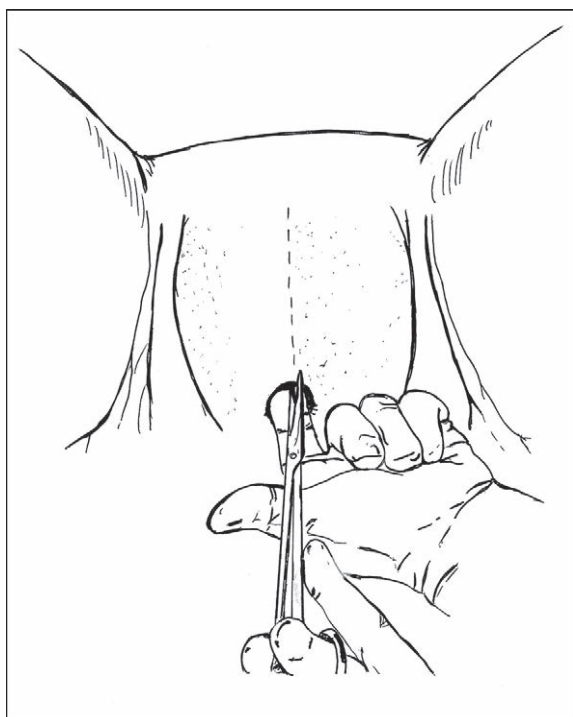
Het komt voor dat verloskundige zorgverleners uit onwetendheid denken dat een geïnfibuleerde vrouw een sectio caesarea verkiest boven een vaginale bevalling. Haar besnijdenis blijft immers zo mooi intact. In Somalië is een keizersnee echter een bedreiging voor de status van de vrouw. Veel vrouwen denken dat ze dan maar drie kinderen kunnen krijgen, terwijl zes kinderen de norm is. Ook kan een vrouw die met een sectio is verlost, worden verweten de bevalling niet zelf te hebben gedaan. Daarnaast wordt in een aantal gevallen een keizersnee als laatste redmiddel gezien en met de dood geassocieerd.<sup>21</sup>

Vaak wordt voor het openknippen of klieven van het littekenweefsel tussen de (voormalige) labia of weefselbrug de term ‘defibulatie’ gebruikt. Voor het herstellen van de vaginale opening na de bevalling gebruikt men het begrip ‘herinfibulatie’. De woorden defibulatie en herinfibulatie zijn niet zo geschikt; ze kunnen het publiek (en media) de indruk geven dat de praktijk van besnijdenis hiermee in stand gehouden wordt.<sup>37</sup>

De WHO meent dat het daarom beter is om over respectievelijk openen van het litteken en de reconstructie van de vulva te spreken. Ook het woord reconstructie heeft zijn beperkingen. Een besnijdenis is namelijk onomkeerbaar; er is geen weefsel om een ‘normale’ vulva met schaamlippen te reconstrueren. Bij gebrek aan een geschikte term, zal echter de terminologie van de WHO worden overgenomen.

### 4.7.1 Openen tijdens de bevalling

Tijdens het laatste deel van de uitdrijving wordt het weefsel van de littekenbrug verdoofd. Op het moment dat het caput in de bekkenbodem komt te staan, zal dit weefsel gaan opbollen en is achter de opening het caput zichtbaar. Dit is het moment om een of twee vingers achter de huid te leggen, en met de andere hand op de middenlijn van het littekenweefsel door te knippen.<sup>9</sup>



Figuur 3, Episiotomie anterior.

De WHO adviseert zover te knippen totdat de urethra-opening vrij ligt.<sup>37</sup> Verder knippen levert niet meer ruimte op en kan meer bloedverlies geven. Er blijft dan gewoonlijk zo'n 2 tot 5 cm van het oude litteken dicht. In de meeste gevallen loopt het litteken namelijk tot boven de clitoris.

Op het moment dat de verloskundige knipt, heeft zij geen zicht op de urethra. Haar vingers bevinden zich immers tussen de schaar en het gebied rond de urethra en caput. Een meer praktisch richtpunt is zover te knippen dat het caput onder de symfyse kan draaien. Ingeval van een type-III besnijdenis zal er dan enkele centimeters van het oude litteken dicht blijven. Wanneer alleen de kleine schaamlippen aan elkaar gehecht zijn, zal het litteken vrijwel geheel opengeknipt worden.

Het weefsel waar doorheen geknipt wordt, varieert tussen 1 en 10 mm dik.<sup>9</sup> Gewoonlijk geeft het knippen door het littekenweefsel van de besnijdenis weinig bloedverlies.<sup>11,37</sup>

Wanneer de episiotomie anterior op bovenstaande wijze wordt uitgevoerd, bestaat er geen directe noodzaak om een episiotomie mediolateraal te zetten. De indicatie hiervoor is in principe dezelfde als bij iedere bevalling.<sup>9</sup>

Afhankelijk van hoe de vrouw na de eerste bevalling gehecht en genezen is, moet er bij een volgende bevalling al dan niet een episiotomie anterior gezet worden. Als criterium voor het achterwege laten van een episiotomie anterior is het zichtbaar zijn en vrij liggen van de urethra-opening.

#### **Knip ik niet in de urethra?**

De uitgang van de urethra is in principe niet vergroeid met het littekenweefsel van de besnijdenis. Als het littekenweefsel met twee vingers gepresenteerd wordt en er wordt met de ronde punt van de epi-schaar naar binnen geknipt, kan de urethra niet geraakt worden. Bij het zetten van episiotomie posterior knipt de verloskundige immers ook niet in het caput, omdat haar vingers tussen het schaarblad en het caput bevinden.

#### **4.7.2 Hechten postpartum**

Afhankelijk van het bloedverlies worden de wondranden van beide zijden geknoopt of intracutaan gehecht. Men gebruikt hiervoor atraumatisch vicryl.

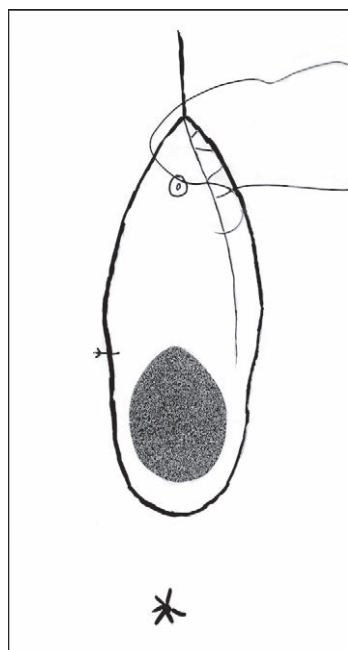
Intracutaan hechten is soms erg lastig en niet te realiseren vanwege de structuur van het littekenweefsel.

Wanneer het wondoppervlak en het bloedverlies gering zijn, kan men er ook voor kiezen om niet te hechten. Gaasjes tussen de beide (labia)helften moeten verkleefing voorkomen.

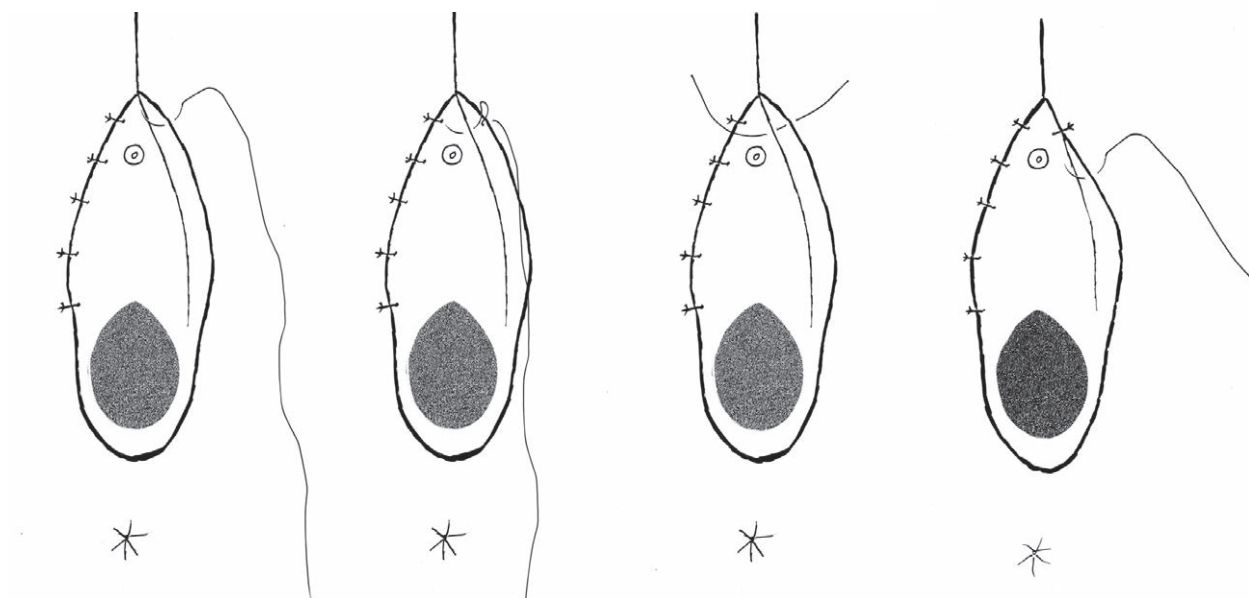
Bij het hechten streeft men naar het vrij laten van de urethra-opening en een omvang van de vaginale opening die geen belemmering voor coïtus en een volgende baring oplevert (zie C en D in figuur 2).

De volgende argumenten geven onderbouwing voor deze handelwijze en maken tegelijkertijd duidelijk waarom een kleinere vaginale opening onwenselijk is.

- Het vrijhouden van de urethra vergemakkelijkt urinelozing en vermindert de kans op blaasontstekingen, opstijgende urineweginfecties en vaginale infecties.
- Coïtus zal minder of geen pijnklachten geven. Een kleinere opening bemoeilijkt de penetratie. Daarbij wordt de kans op een nieuwe zwangerschap verkleind.
- Bij een voorspoedige genezing zal de noodzaak voor een episiotomie anterior bij een volgende bevalling geminimaliseerd worden. Een vrouw kan een volgende keer in principe zonder episiotomie of rupturen bevallen.
- Bloedstolsels postpartum en menstratiebloed kunnen de vaginale opening zonder problemen passeren.

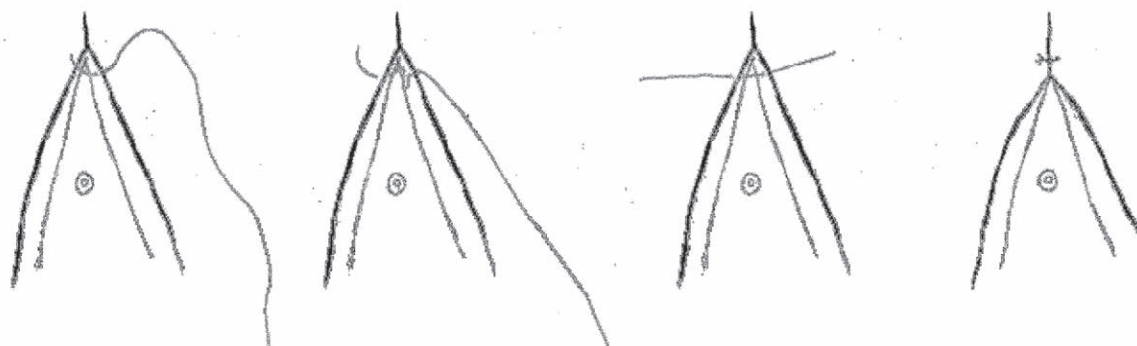


*Figuur 4, Intracutaan bechten.*



*Figuur 5, Percutaan bechten.*

Wanneer na de geboorte van het kind blijkt dat het weefsel verder dan noodzakelijk is opengeknipt (of gescheurd), kan men eventueel het bovenste deel van beide wondranden naar elkaar toebrengen. Daarbij blijft de urethra vrijliggen.



*Figuur 6, Hechten van bovenzijde.*

#### 4.7.3 Omgaan met vragen

Vragen van de vrouw (en haar partner) over de grootte van de vaginale opening na de bevalling worden door de verloskundige zorgverlener niet altijd goed geïnterpreteerd. Daarbij spelen de taalbarrière, vooroordelen van de verloskundige zorgverlener, de beperkte anatomische kennis van vrouw en man en misvattingen over seksueel contact een rol.<sup>32</sup>

De meeste vrouwen die in hun jeugd geïnfibuleerd zijn, willen na de bevalling open blijven. Het is namelijk nu voor iedereen duidelijk dat de vrouw echtgenote en moeder is. Zij heeft haar maagdelijke staat en status dan ook niet terug.<sup>21</sup> Sommige vrouwen willen graag dat het hele litteken tijdens de bevalling voorgoed open gemaakt wordt. Anderen spreken de wens uit “om weer netjes gemaakt te worden”. Belangrijk is dus dat de verloskundige goed nagaat wat de vrouw precies bedoelt. Het gebruik van illustraties kan daarbij behulpzaam zijn.

In Noord-Soedan is de laatste 60 jaar het gebruik ontstaan om na de bevalling de vaginale opening weer even klein te maken als voor het huwelijk.<sup>3,11</sup> Dit wordt gedaan omdat men denkt hiermee het seksuele genot van de man te bevorderen. Hoewel zeer zeldzaam, kunnen verloskundigen in Nederland wel geconfronteerd worden met het verzoek om de vulva na de bevalling zodanig te hechten dat de vaginale opening weer even klein is als voor het huwelijk.

De WHO is van mening dat verloskundigen niet aan een dergelijk verzoek moeten voldoen<sup>35</sup>, omdat het onethisch is om de vrouw na de bevalling opzettelijk zo te hechten dat coïtus of een volgende bevalling bemoeilijkt wordt. Een zorgvuldige uitleg over de nadelen van een kleine vaginale opening voor de gezondheid van de vrouw en het seksuele leven van beide partners, zal de vrouw en haar partner duidelijk moeten maken dat het construeren van een kleine vaginale opening onwenselijk is.

De KNOV sluit zich - evenals de NVOG en de Engelse gynaecologen en verloskundigen - bij deze opvatting aan.

#### 4.8 Kraambed en nacontrole

Zoals gebruikelijk na een partus wordt ook een besneden vrouw geadviseerd om de vulva schoon te houden door na elke mictie te spoelen en dagelijks te douchen.

Verklevingen van de wondranden komen regelmatig voor bij vrouwen die besneden zijn. Gaasjes (met vaseline) kunnen de twee huddelen van elkaar houden. Het is aan te bevelen dat de verloskundige tijdens de kraamperiode zelf de wond regelmatig inspecteert en dit niet overlaat aan de kraamverzorgende.

Tijdens de kraamperiode bespreekt de verloskundige:

- anticonceptie;
- het genezingsproces van de episotomie(en) en/of rupturen. Zij geeft een indicatie wanneer een eerste seksueel contact kan plaatsvinden;
- de mogelijke pijnklachten en andere veranderingen in het seksueel contact. Zij geeft onder meer informatie over de relatie tussen borstvoedingshormonen en een droge vagina;
- bij een primipara die tijdens de bevalling is geopend: de mictie is na opening veel luider en het bloedverlies bij menstruatie lijkt meer omdat het gemakkelijker afvloeit;
- bij de geboorte van een meisje brengt de verloskundige de besnijdenis ter sprake in relatie tot de toekomst van het kind (zie ook § 5.4.).

Tijdens de nacontrole zal een laatste inspectie van de vulva plaatsvinden. Daarbij hebben de verloskundige en de cliënt de gelegenheid om terug te komen op eventuele veranderingen die zich na de bevalling en het openen van de besnijdenis hebben voorgedaan.

De huisarts weet niet altijd dat zijn cliënt besneden is.<sup>3</sup> Het is zeer wenselijk dat de verloskundige de huisarts hierover informeert, zodat hij of zij adequaat kan reageren op aan de besnijdenis gerelateerde klachten van de cliënt en mogelijke besnijdenis van de pasgeborene en/of andere meisjes in het gezin (zie § 5.6.).

## 5. Preventie en de rol van verloskundigen

In Nederland heeft de overheid beleid ontwikkeld om besnijdenis bij meisjes uit migrantengroepen zoveel mogelijk te voorkomen. In dit hoofdstuk komen onderdelen van dat beleid aan de orde die van belang zijn voor het werk van verloskundigen. Ook gaan we in op de rol en taak van verloskundigen bij de preventie van meisjesbesnijdenis.

### 5.1 Strafbaarheid

Het uitvoeren van meisjesbesnijdenis in Nederland is verboden. Het verrichten of faciliteren van of anderszins betrokken zijn bij de besnijdenis is strafbaar. Wanneer het meisje buiten Nederland besneden wordt, kunnen de ouders bij terugkomst in Nederland aangeklaagd worden voor (zware) mishandeling. Dit geldt ook wanneer in het land waar de besnijdenis heeft plaatsgevonden, de besnijdenis niet strafbaar is. De strafmaat varieert van twee tot twaalf jaar gevangenis (Wetboek van Strafrecht art. 300-303). Indien een ouder de besnijdenis van de eigen dochter zelf uitvoert, kan de straf met een derde worden verhoogd (Wetboek van Strafrecht art. 304, sub. 1).

De strafbaarheid van de ingreep in Nederland en in andere Europese landen blijkt een belangrijke rem te zijn op het laten besnijden van meisjes.<sup>3,18,30</sup>

Het is noodzakelijk dat de verloskundige een besneden vrouw (en haar partner) wijst op de strafbaarheid van meisjesbesnijdenis in Nederland. Het moet echter niet het startpunt van het gesprek zijn. Voorop staat de bezorgdheid van de verloskundige over de lichamelijke en psychische gevolgen van meisjesbesnijdenis als vorm van kindermishandeling.

Om ouders te ondersteunen bij het bieden van weerstand aan familiedruk in het buitenland is de Verklaring tegen Meisjesbesnijdenis opgesteld. Dit is een hulpmiddel en geeft ouders uit risicolanden een bewijs dat VGV in Nederland strafbaar is. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) legt deze Verklaring tegen Meisjesbesnijdenis voor aan ouders uit risicolanden. De JGZ bereikt in de eerste jaren ongeveer 95% van alle kinderen.

Wanneer JGZ de verklaring met de ouders bespreekt, komen ook de risico's en gevolgen van VGV aan de orde. Een secundair doel van de Verklaring tegen Meisjesbesnijdenis is ouders bewust te maken van de strafbaarheid en schadelijkheid van VGV. De ouders ondertekenen deze verklaring vrijwillig. De verklaring is niet bedoeld als controlemiddel of hulpmiddel bij vervolging (zie bijlage 4).

### 5.2 Bewustwording binnen migrantengroepen

Sinds de jaren negentig worden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd binnen de Afrikaanse gemeenschap (met name de Somalische) om de discussie over meisjesbesnijdenis op gang te brengen. De stichting Pharos en de Federatie van Somalische Associaties in Nederland (FSAN) werken hierbij samen. Er zijn Voorlichters in Eigen Taal en Cultuur (VETC) en sleutelfiguren uit de Somalische gemeenschap getraind om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Lokale Somalische gemeenschappen worden benaderd door contacten met deze sleutelfiguren te leggen.

Somalische mensen hebben behoefte aan informatie over de oorsprong en de reden van de traditie en de lichamelijke gevolgen c.q. risico's.<sup>28</sup> Ze blijken vaak niet te weten dat de oorsprong van het gebruik niets met hun religie te maken heeft. Dankzij de voorlichting worden zij zich bewust van de verschillen tussen vrouwen die wel en niet besneden zijn en welke consequenties dit heeft voor met name de bevalling. Sinds de voorlichtingscampagne praten de betrokkenen (vrouwen, mannen en jongeren) gemakkelijker en openhartiger over vrouwenbesnijdenis.

Ook voor de jaren 2007 en 2008 verstrekt de overheid financiële steun aan lokale (zelfhulp)organisaties voor voorlichting en bewustwording, zo blijkt uit de voortgangsrapportage over vrouwelijke genitale verminking van de minister van VWS.<sup>16</sup> FSAN heeft hierbij een voortrekkersrol en richt zich ook op andere Afrikaanse nationaliteiten.

### 5.3 Signalering en voorlichting in de jeugdgezondheidszorg

De vereniging Artsen Jeugdgezondheid Nederland (AJN) heeft in 2005 een handleiding voor JGZ-verpleegkundigen en -artsen gemaakt. Met behulp van die handleiding kunnen zorgverleners op structurele wijze het gesprek over meisjesbesnijdenis met ouders voeren.

De JGZ-verpleegkundige komt meestal voor de eerste keer op huisbezoek wanneer de baby twee of drie weken oud is. Dan kan zij de besnijdenis ter sprake brengen. Dat gebeurt vervolgens ook tijdens het bezoek aan het consultatiebureau rond anderhalf jaar en 3 jaar en 9 maanden. Daarna neemt de schoolarts het over met gesprekken in groep 2, in groep 6-7 van de basisschool en in het voortgezet onderwijs (meestal klas 2).

Een beslisboom in de handleiding geeft aan hoe een zorgverlener kan handelen, wanneer er een reëel risico bestaat dat het meisje besneden zal worden. Dit 'Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis'<sup>40</sup> is een bijzondere vorm van de Meldcode kindermishandeling. Het protocol geeft zorgverleners in de JGZ de mogelijkheid om het risico van meisjesbesnijdenis te signaleren en daar tijdig op te anticiperen. Zonodig meldt de JGZ de situatie bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).

Sinds najaar 2005 wordt het gespreksprotocol landelijk ingevoerd. In zes proefregio's (Den Haag, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Tilburg en Eindhoven) trainen Pharos en FSAN een aantal JGZ-verpleegkundigen en artsen. De GGD's in deze proefregio's hebben een coördinerende rol en monitoren het proces.

Inmiddels wordt het gespreksprotocol landelijk geïmplementeerd binnen de JGZ met behulp van een e-learning module.

### 5.4 De rol van de verloskundige

Met haar voorlichting en begeleiding creëert de verloskundige een belangrijke voedingsbodem om de besnijdenis van een pasgeboren dochter bespreekbaar te maken. Wanneer vrouwen namelijk de relatie tussen gezondheidsklachten, -risico's en besnijdenis kunnen leggen, is vaak een discussie over de onwenselijkheid van meisjesbesnijdenis mogelijk.<sup>30</sup>

De verloskundige kan al tijdens de zwangerschapscontroles, in aansluiting op de voorlichting over de bevalling en de besnijdenis, de eventuele besnijdenis van de (toekomstige) dochters ter sprake brengen. Wanneer het pasgeboren kind een meisje blijkt te zijn, zal de verloskundige hierop terugkomen of dit onderwerp alsnog in de kraamperiode aanroeren. Ze bespreekt daarbij:

- de risico's van de besnijdenis voor de gezondheid en het welzijn van meisjes en vrouwen;
- het verbod op en de strafbaarheid van meisjesbesnijdenis in Nederland;
- de inhoud en het doel van de jeugdgezondheidszorg en haar taak in relatie tot het voorkomen van meisjesbesnijdenis.

In bijlage 3 zijn vragen opgenomen die als leidraad kunnen dienen voor een gesprek met de ouders over besnijdenis en toekomst van hun dochter(s).

### 5.5 De rol van de KNOV

De KNOV wil met dit standpunt een duidelijke richtlijn geven over de rol die verloskundigen hebben bij de preventie van VGV. Hierin wordt ook duidelijk hoe verloskundigen adequate zorg geven aan besneden

zwangere vrouwen. Er zijn verloskundigen opgeleid tot VGV-adviseurs om de implementatie van het standpunt VGV kracht bij te zetten. Verder is een e-learning module ontwikkeld over VGV voor de praktiserende verloskundigen in Nederland (oktober 2012).

De VGV-adviseurs hebben een informatieve en adviserende functie. Verloskundigen kunnen een beroep doen op deze adviseurs voor overleg en advies bij de begeleiding van zwangere vrouwen met VGV. Uiteindelijk leidt dit ertoe dat verloskundigen de vrouwen met VGV tijdens de zwangerschap, baring en kraambed adequaat begeleiden en de preventie van meisjesbesnijdenis adequaat ter hand nemen. Met juiste registratie is een betere monitoring van vrouwenbesnijdenis mogelijk. Deze registratie biedt de overheid kans om het beleid rond meisjesbesnijdenis te monitoren.

Zie ook: <http://www.knov.nl>

### **Verloskundige voorlichting en preventie**

Het bestrijden van meisjesbesnijdenis is een langdurig proces. Attitudeverandering tegenover deze diepgewortelde traditie vraagt om inzet op meerdere fronten. Verloskundigen hebben hierbij een strategische rol.

Met hun voorlichting stimuleren zij het bewustwordingsproces over de gevolgen van besnijdenis. Dit is de eerste noodzakelijke stap in het proces van attitude- en gedragsverandering. Verloskundigen bespreken de besnijdenis in een functioneel contact; zij geven voorlichting op het moment dat de vrouw dit ook nodig heeft. Dit draagt bij aan effectieve voorlichting.

Verloskundigen zijn vaak de eerste in de rij van zorgverleners die de besnijdenis bespreekbaar maken. Doen ze dit goed, dan ligt er een vruchtbare bodem voor andere zorgverleners om daarop voort te bouwen. Zij kunnen andere zorgverleners introduceren en de vrouwen in contact brengen met zelfhulp organisaties.

## **5.6 Samenwerking en afstemming**

Om ouders niet te overvragen op dit punt zal de verloskundige haar voorlichting goed moeten afstemmen op de JGZ. Dat geldt natuurlijk ook voor de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Daarnaast is het belangrijk dat verloskundigen in contact treden met lokale zelfhulp organisaties. Verloskundigen kunnen hun cliënten verwijzen naar voorlichtingsbijeenkomsten rond meisjesbesnijdenis of een beroep doen op sleutelfiguren voor advies en (waar mogelijk) bijstand.

Voor de samenwerking en de afstemming van de voorlichting kunnen verloskundigen zich wenden tot de GGD in hun werkgebied. In de zes proefregio's fungeren de projectcoördinatoren als een duidelijk aanspreekpunt. In de overige regio's waar het beleid rondom preventie van meisjesbesnijdenis nog niet is ingevoerd, kunnen verloskundigen in contact treden met de afdeling JGZ (zie bijlage 2).

Eind 2011 is het project 'Landelijke uitrol van de preventieve aanpak van VGV' van GGD Nederland afgerond. De professionals en doelgroep moeten samen zorgen voor een regionale multidisciplinaire aanpak van preventie en zorg aan besneden vrouwen, wat voor een deel al gerealiseerd is. Pharos ontwikkelt een plan voor het opzetten van multidisciplinaire regionale expertteams. De rol van de VGV-adviseurs hierin is cruciaal. Zij zorgen ervoor dat op regionaal niveau de verloskundige beroepsgroep vertegenwoordigd is in het netwerk rondom VGV. Door actief mee te werken aan de regionale netwerken en initiatieven ontstaat er een landelijke dekking.

## **5.7 Overdracht van informatie en het beroepsgeheim**

Vanuit het oogpunt van preventie van meisjesbesnijdenis is het wenselijk dat de verloskundige bij de overdracht van de zorg van de pasgeborene aan de JGZ en de huisarts meldt dat de moeder besneden is. Voor het doorgeven van gegevens aan andere zorgverleners in de keten is altijd toestemming van de ouder(s)



nodig. Dat geldt dus ook voor informatie over de besnijdenis. Wanneer de verloskundige de ouders goed heeft geïnformeerd over de inhoud en doel van de jeugdgezondheidszorg en het beleid ten aanzien van meisjesbesnijdenis, stemmen ouders meestal wel in met de overdracht van gegevens.

#### **Beroepsgeheim versus bescherming van het kind**

Het zonder toestemming verstrekken van informatie aan de ketenpartners is een doorbreking van het beroepsgeheim. Dat mag alleen maar wanneer het noodzakelijk is om schade aan een kind te voorkomen.

Het beroepsgeheim mag alleen worden doorbroken als er sprake is van:

1. toestemming *of*
2. een wettelijke plicht tot spreken *of*
3. een conflict van plichten: d.w.z. met het vrijgeven van informatie kan (mogelijk) ernstig gevaar voor een ander worden voorkomen.

Wanneer de ouders geen toestemming geven om informatie over de besnijdenis van de moeder door te geven aan de JGZ of de huisarts, dan heeft de verloskundige in principe dus geen mogelijkheden om dat wel te doen. Immers, er bestaat geen wettelijke plicht en vaak is er geen concreet dreigend gevaar voor de pasgeborene.

Meisjesbesnijdenis wordt echter gezien als een bijzondere vorm van kindermishandeling en valt derhalve binnen de kaders van de Wet op de Jeugdzorg (art. 53 lid 3). Deze wet biedt de verloskundige wel de mogelijkheid om melding te doen bij het AMK als dit noodzakelijk is om een situatie van kindermishandeling te beëindigen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken. In de Wet op de Jeugdzorg is hiermee alleen een recht tot spreken en niet een wettelijke plicht tot spreken vastgelegd. Derhalve geeft deze wet in voorkomende gevallen invulling aan het begrip ‘conflict van plichten’.

De afweging om het beroepsgeheim op grond van een conflict van plichten te doorbreken dient zorgvuldig plaats te vinden. Voor een zorgvuldige afweging bij een situatie van conflict van plichten zal de verloskundige een aantal toetsingscriteria in acht moeten nemen (zie § 5.8.). De kans is namelijk aanwezig dat de ouders en hun pasgeboren kind zich onttrekken aan de reguliere zorg op het consultatiebureau wanneer zij vermoeden dat informatie over de besnijdenis ondanks hun weigering toch is doorgegeven aan de JGZ. Dit zal de gezondheid van het kind zeker niet ten goede komen.

Vanuit dit oogpunt moet de verloskundige dus terughoudend omgaan met het zonder toestemming doorgeven van informatie aan de JGZ over de besnijdenis van de moeder. Wel kan de verloskundige zich ervan vergewissen of de JGZ in haar werkgebied reeds werkt met het ‘Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis’. In dat geval mag zij er vanuit gaan dat de JGZ alsnog het gesprek over besnijdenis aan zal gaan, omdat zij de vrouw op basis van haar etnische achtergrond als hoog risico zal identificeren.

De overdracht van gegevens van de verloskundige aan het consultatiebureau en JGZ gebeurt nog niet op een uniforme manier. Om dit te verbeteren heeft een multidisciplinaire werkgroep onder leiding van het Nederlands Centrum ‘Jeugdgezondheidszorg’ een standpunt opgesteld over overdracht van gegevens van de moeder, het kind en de gezinssituatie van kraamzorg en verloskundige naar de jeugdgezondheidszorg. Dit standpunt is in mei 2011 door de KNOV, Actiz en BTN geaccordeerd.

Vanwege het belang van continuïteit van zorg na het kraambed gaan in 2011 plaatselijke en regionale pilots van start om te komen tot een ‘best practice model’ en vaststelling van een minimale hoeveelheid gegevens die op dit moment al schriftelijk kunnen worden overgedragen. De administratieve werkdruk voor zorgverleners en privacy van het gezin worden hierbij nauwlettend in de gaten gehouden.

De KNOV participeert in de werkgroep die de pilots gaat voorbereiden en implementeren. Via de nieuwsbrief en het *Tijdschrift voor Verloskundigen* wordt u op de hoogte gehouden van verdere ontwikkelingen. Meer informatie: <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/richtlijnen>.

## 5.8 Melding aan Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

Een verloskundige kan in contact komen met een gezin van een zwangere of pas bevallen vrouw, waarbij zij sterke vermoedens krijgt dat een van de dochters (en dus niet de pasgeborene) binnenkort besneden zal worden. Zij kan dat - zonodig zonder toestemming - melden aan het AMK. In geval van een situatie van conflict van plichten moet zij een aantal toetsingscriteria in acht nemen:

- het is niet mogelijk om toestemming te vragen of te krijgen;
- het doorbreken van het beroepsgeheim kan (verdere) ernstige schade aan het kind voorkomen;
- het geheim wordt zo min mogelijk geschonden;
- de verloskundige ziet geen andere weg dan doorbreking van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen.

In de dagelijkse praktijk ligt het niet voor de hand dat de verloskundige melding zal maken bij het AMK van een op handen zijnde besnijdenis. De *KNOV-Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling* geeft aan dat een verloskundige die het vermoeden heeft van kindermishandeling c.q een op handen zijnde besnijdenis, waar mogelijk met een directe collega en/of andere partners in de zorgketen (anoniem) overleg zal plegen om haar vermoedens te onderzoeken (zie fase 2 in de Meldcode). In dit geval ligt overleg met de verpleegkundige, de arts van de JGZ en/of de huisarts het meest voor de hand. Heeft het collegiaal advies niet alle vermoedens weggenomen, dan volgt overleg met het AMK.

Wanneer één van hen de vermoedens van de verloskundige bevestigt, moet tevens duidelijk worden of dat al is gemeld bij het AMK of wie dat op zich zal nemen. Het heeft namelijk geen zin om als verloskundige een dubbele melding te doen. Dit zal niets toevoegen en de vertrouwensrelatie met de betreffende vrouw onnodig schade toebrengen.

Het feit van een ooit verrichte besnijdenis bij een dochter van de zwangere moeder waarvoor de verloskundige de zorg draagt, zal niet snel aanleiding zijn voor een melding bij het AMK. Het kwaad is dan immers al geschied en de constatering alléén is doorgaans niet voldoende reden voor doorbreking van het beroepsgeheim. Wel zal de verloskundige de preventieve maatregelen inzetten voor het geval een volgende dochter in het gezin wordt geboren. Mocht er risico bestaan op besnijdenis van de nieuwe dochter, dan zal de procedure zoals boven beschreven in gang worden gezet.

### Advies vragen en (anoniem) melden bij het AMK

Het AMK onderzoekt meldingen en brengt zonodig de hulpverlening op gang in gezinnen waar sprake is van kindermishandeling c.q voornemens om meisjesbesnijdenis te verrichten. Een verloskundige die een op handen zijnde meisjesbesnijdenis vermoedt, kan altijd contact opnemen met het AMK om advies te vragen. Daarbij worden gegevens van het gezin niet gemeld. Wel moet de verloskundige haar identiteit kenbaar maken. Dit stelt het AMK in staat later navraag te doen bij de verloskundige over de resultaten van de door haar gehanteerde aanpak.

Wanneer een verloskundige na overleg met anderen een op handen zijnde besnijdenis meldt bij het AMK, heeft zij het recht - onder bepaalde voorwaarden - om anoniem te blijven ten opzichte van het kind en het gezin dat zij meldt. Een verloskundige kan bijvoorbeeld anoniem willen blijven, omdat zij vreest voor de veiligheid van het betrokken kind, voor de eigen veiligheid of vreest voor een verstoring van de vertrouwensrelatie met de moeder die wellicht tevens zwanger is en onder de zorg van de verloskundige valt (zie voor meer informatie de *KNOV-Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling*, [www.knov.nl](http://www.knov.nl)).

## Literatuurlijst

1. Almroth L, Elmusharaf S, El HN, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM *et al.* Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet.* 2005;366(9483):385-91.
2. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet.* 2006;367(9525):1835-41.
3. Bartels K, Haaijer I. Vrouwenbesnijdenis en Somalische vrouwen in Nederland. Utrecht: Stichting Pharos; 1995.
4. Bijlsma-Schlosser JF. Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken. Stappenplan. Zero tolerance to FGM=Female Genital Mutilation. Lisse: Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN); 2004.
5. Bijlsma-Schlosser JF, van Eerdenburg-Keuning IA. Preventie van vrouwelijke genitale verminking in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005;149(47):2603-6.
6. Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking. Bestrijding vrouwelijke genitale verminking. Beleidsadvies. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2005.
7. Crébas A. Vrouwenbesnijdenis vergt inzet op alle fronten. *Tijdschr Verloskd.* 2004;29(3):136-7.
8. Dirie MA. Female circumcision in Somalia: medical and social implications. Mogadishu: SOMAC/SAREC; 1985.
9. Driessen M. Vrouwenbesnijdenis in de verloskundige praktijk. *Tijdschr Verloskd.* 2003;28(11):572-5.
10. Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ.* 2006;333(7559):124.
11. Gordon H. Female genital mutilation: a clinician's experience. In: Momoh C, ed. *Female genital mutilation.* Oxford / Seattle: Radcliff Publishing; 2005. p. 29-42.
12. Grassivaro Gallo G. Epidemiological, medical, legal and psychosocial aspects of mutilation/at-risk girls in Italy. In: Denniston GC, Hodges FM, Milos MF, eds. *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice.* New York: Kluwer Academic Publishers; 1998. p. 241-257.
13. Gruenbaum E. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: research findings, gaps, and directions. *Cult Health Sex.* 2005;7(5):429-41.
14. McCaffrey M, Jankowska A, Gordon H. Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital experience. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995;102(10):787-90.
15. Menage J. Post-Traumatic Stress Disorders after genital medical procedures. In: Denniston GC, Hodges FM, Milos MF, eds. *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice.* New York: Kluwer Academic Publishers; 1998. p. 215-219.
16. Ministerie VWS. Voortgangsrapportage vrouwelijke genitale verminking. Brief van de minister aan de Tweede Kamer: PG/OGZ-2698347. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 10 juli 2006.
17. Ministerie VWS. Kabinetsstandpunt RVZ-advies bestrijding vrouwelijke genitale verminking. Brief van de minister aan de Tweede Kamer: PG/OGZ 2.594.902. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 26 augustus 2006.
18. Momoh C, Ladhani S, Lochrie DP, Rymer J. Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a Southeast London specialist clinic. *BJOG.* 2001;108(2):186-91.
19. Momoh C. *Female genital mutilation.* Oxford / Seattle: Radcliff Publishing; 2005.
20. Naleie ZS, Nienhuis G. Somaliërs in Nederland. In: *Handboek interculturele zorg.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2001. p. 89-108.
21. Nienhuis G. "Het is alsof je de bevalling hier alleen moet doen". *Tijdschr Verloskd.* 1998;23(3):160-6.
22. Nienhuis G. Knagen aan een oude traditie. Artsen kunnen helpen vrouwenbesnijdenis te stoppen. *Med Contact.* 2004;59(6):209-11.
23. NVOG. NVOG Standpunt No 12 Vrouwenbesnijdenis. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; 2003.

24. RACOG. Female Genital Mutilation. Information for Australian Health Professionals. East Melbourne: The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists; 1997.
25. RCM. Position Paper No. 21. Female genital mutilation (Female circumcision). London: The Royal College of Midwives; 1998.
26. RCN. Female genital mutilation. An RCN educational resource for nursing and midwifery staff. London: Royal College of Nursing; 2006.
27. RCOG. RCOG Statement No. 3. Female genital mutilation. London: Royal College of Obstetricians and Gynecologists; 2003.
28. Tarrida A. Houding, identiteit en vrouwenbesnijdenis. In: van der Kwaak A, Keizer C, eds. 'Van verzwegen pijn naar stil verdriet'. Visies op vrouwenbesnijdenis en verandering. Amsterdam: Wetenschapswinkel Vrije Universiteit Amsterdam; 2004. p. 43-58.
29. van der Kwaak A. Gender identities and identity: a questionable alliance? Soc Sci Med. 1992;35(6):777-87.
30. van der Kwaak A, Bartels K, de Vries F, Meuwese S. Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes. Inventarisatie en aanbevelingen. Amsterdam: Vrije Universiteit/VUMC; 2003.
31. van der Kwaak A, Keizer C. 'Van verzwegen pijn naar stil verdriet'. Visies op vrouwenbesnijdenis en verandering. Amsterdam: Wetenschapswinkel Vrije Universiteit Amsterdam; 2004.
32. Vangen S, Johansen RE, Sundby J, Traeen B, Stray-Pedersen B. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;112(1):29-35.
33. Vloeberghs E, Knipscheer J, Kwaak vander A, Naleie Z, Muijsenbergh van den M. Een onderzoek in Nederland naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. Pharos, Utrecht. ISBN 978-90-75955-72-9. 2010
34. WADI. Female genital mutilation in Iraqi-Kurdistan; an empirical study by Wadi, Wadi .2010.
35. Waelput A. Nieuwe aanbevelingen bestrijding vrouwelijke genitale verminking. De reactie van de KNOV. Tijdschr Verlosk. 2005;30(4):11-2+15.
36. WHO. Female Genital mutilation - A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva: World Health Organization; 1997.
37. WHO. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997. WHO/FCH/GWH/01.2  
WHO/RHR/01.13. Geneva: World Health Organization; 2001.
38. WHO. Eliminating Female Genital Mutilation, an Interagency Statement Geneva, 2008
39. WHO. Progress report, An update on WHO's work on FGM, Geneva 2011:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_RHR\\_11.18\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf)
40. AJN. Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis. Lisse: Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland; juni 2005.

## Bijlagen

## **Bijlage 1 - Lijst van referenten 1<sup>e</sup> versie (februari 2007)**

- Mevrouw M.W.P. van der Donk, verloskundige Catherina Ziekenhuis Eindhoven
- Mevrouw M. Driessen, verloskundige
- Mevrouw T. Gornas, gynaecoloog HagaZiekenhuis Den Haag
- Mevrouw drs. D.G. Korfker, verloskundige en medisch antropoloog, TNO-Kwaliteit van Leven/Sector Voortplanting en Perinatologie
- Mevrouw G. Nienhuis, senior preventiefunctionaris Pharos, kenniscentrum voor vluchtelingen en gezondheidszorg
- Mevrouw Z.S. Naleie, master in gender development, Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN)
- De heer dr. J.J.M. van Roosmalen, gynaecoloog Leids Universitair Medisch Centrum.

## Bijlage 2 - Nuttige adressen

### Hulp bij communicatie/voorlichting

#### VETC'ers, Voorlichters in eigen taal en cultuur

In de grotere steden werken VETC'ers uit diverse culturen. Via [www.nigz.nl](http://www.nigz.nl) kunt u een lijst met lokale c.q regionale contactpersonen en adressen downloaden. Hierin vindt u tevens voor welke etniciteit of nationaliteit u een VETC'er in uw regio kunt inschakelen.

#### Tolkentelefoon

Voor de meest voorkomende talen kunt u voor een tolk het centrale telefoonnummer 074-2555233 bellen. In de meeste gevallen is er binnen 3 minuten een telefonische tolk beschikbaar. Voor een persoonlijk aanwezige tolk en voor weinig gebruikte talen (zoals het Somalisch) is het nodig om een tolk te reserveren: 074-2555222. Bij de voorlichting over de besnijdenis is het relevant om naar een vrouwelijke tolk te vragen. In dit geval is het aan te raden om de tolk te reserveren voorafgaand aan het consult. Het gebruik van de tolk is gratis; u dient wel efficiënt om te gaan met de beschikbare capaciteit. U heeft een telefoon met speaker nodig. Maak uw cliënt duidelijk dat de tolk een geheimhoudingsplicht heeft.

Zie voor meer informatie over werken met een tolk: [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

### Algemene informatie

#### Pharos, kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid

Pharos is het aanspreekpunt voor vragen over meisjes- en vrouwenbesnijdenis en coördineert activiteiten ten behoeve van het bestrijden van meisjesbesnijdenis in Nederland. Pharos verstrekt ook voorlichtingsmateriaal (video's, folders, etc.).

Adres: Herenstraat 35, Postbus 13318, 3507 LH Utrecht

Telefoon: 030-2349800

Website: [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl) of [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl)

### Contacten met (zelfhulp)organisaties

#### Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN)

FSAN is een koepelorganisatie van 41 organisaties die zich plaatselijk inzetten voor de Somalische gemeenschap in hun omgeving. FSAN kan u in contact brengen met lokale organisaties. U kunt voorlichtingfolders en video's bij hen bestellen. Daarnaast traint FSAN (samen met Pharos) sleutelfiguren uit Somalische en overige Afrikaanse gemeenschappen, en professionals in het bespreekbaar maken van meisjesbesnijdenis.

Contactpersoon: Mevrouw Z. Naleie

Telefoon: 020-4861628

Website: [www.fsan.nl](http://www.fsan.nl)

#### Osmose, adviesbureau voor multiculturele vraagstukken

Initiatiefnemer aanpak meisjesbesnijdenis in Gelderland. Werkt samen met Gelderse zelforganisaties en Pharos, FSAN en anderen. Fungeert tevens als regionaal steunpunt voor VETC'ers in Arnhem e.o.

Contactpersoon : Mevrouw O. Rouached

Adres : Kastanjelaan 51-53, 6828 GJ Arnhem

Telefoon : 026-3523420

Website : [www.osmose.nl](http://www.osmose.nl), [www.kleurrijk gelderland.nl](http://www.kleurrijk gelderland.nl) (info over de aanpak meisjesbesnijdenis)

### Axion, Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling in Flevoland

Axion fungeert als aanspreekpunt over de aanpak van meisjesbesnijdenis in Flevoland. Zij kan u in contact brengen met allochtone zelforganisaties in Flevoland.

Telefoon: 0320-244259

Website: [www.axion-flevoland.nl](http://www.axion-flevoland.nl)

### **Samenwerking met JGZ**

In de zes proefregio's (Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Rotterdam, Tilburg en Utrecht) zijn coördinatoren bij de GGD voor de preventie van meisjesbesnijdenis aangesteld. De namen en telefoonnummers kunt u vinden via de website van de KNOV. Klik op onderwerpen (rechtsboven in het beeldscherm), klik op v, klik op vrouwelijke genitale verminking. Voor de afstemming van voorlichting met de JGZ in de overige regio's kunt u het beste contact zoeken met de regionale GGD, afdeling Jeugdgezondheidszorg.

Zie hiervoor de KNOV almanak of via de website [www.ggd.nl](http://www.ggd.nl), waar u naar uw eigen regio wordt geleid.

### **Advies- en Meldpunt Kindermishandeling**

Voor advies en/of melding bij vermoedens van een op handen zijnde besnijdenis.

Telefoon: 0900-1231230. U wordt automatisch doorgeschakeld naar uw eigen regio.

Website: [www.amk-nederland.nl](http://www.amk-nederland.nl)



### Bijlage 3 - Inleidende vragen naar besnijdenis van dochters in de toekomst<sup>1</sup>

De meeste ouders zullen een sociaal wenselijk antwoord geven op de vraag of zij hun dochter laten besnijden in de toekomst. Daarnaast is de beslissing over de besnijdenis niet alleen aan de ouders maar speelt ook de familie c.q. clan een grote rol.

Wil de verloskundige een reële inschatting van het risico op besnijdenis maken, dan zal zij de familierelaties moeten betrekken in het gesprek.

#### De volgende inleidende vragen kunnen behulpzaam zijn bij het gesprek

Hoe denkt u zelf over de besnijdenis van uw dochter(s) in de toekomst?

- Zou u haar/hen bij voorkeur ook laten besnijden?
- Bedoelt u met **niet** besnijden dat u uw dochter geen enkele vorm van besnijdenis wilt laten ondergaan of zou u wel een sneetje willen laten maken?

Kent u ook meisjes in uw omgeving die niet besneden zijn?

- Hoe oud zijn deze meisjes?
- Hoe wordt daarover gesproken? Wordt het door iedereen geaccepteerd?
- Zijn de meisjes familie van u of dochters van bijvoorbeeld vrienden?
- Wanneer deze meisjes op bezoek gaan naar ..... (het herkomstland), denkt u dat ze dan toch nog worden besneden?
- Zou u daar ook bang voor zijn wanneer u uw dochter mee zou nemen?

Hoe denken de mensen in uw families over de besnijdenis?

- Woont er nog meer familie van u in Nederland?
- Praat u met hen over de besnijdenis van de meisjes in uw familie?
- Hoe denken uw moeder en schoonmoeder over besnijden?
- Waar wonen zij?
- Gaat u wel eens terug naar ..... ?
- Als u daar bent, wordt er dan ook gesproken over de besnijdenis van de meisjes in de familie?

#### Wanneer het gesprek zonder de partner plaatsvindt, is de volgende vraag relevant

Hoe denkt uw man over besnijdenis van uw dochter(s)?

- Praat u daar wel eens samen over?
- Denkt hij hetzelfde als u of heeft hij een andere mening?

---

<sup>1</sup> Opgesteld door M. Driessen en R.A. van der Stouwe

## Bijlage 4 - Verklaring tegen meisjesbesnijdenis

Link naar het document op website van VWS:

<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/11/27/verklaring-tegen-meisjesbesnijdenis%5B2%5D.html>



### Verklaring tegen meisjesbesnijdenis

#### Meisjesbesnijdenis is strafbaar

Meisjesbesnijdenis is strafbaar, omdat het een zware vorm van mishandeling is. Meisjesbesnijdenis is een schending van de rechten van het kind én van de rechten van vrouwen. In Nederland zijn alle vormen van meisjesbesnijdenis verboden. Dit geldt voor iedereen die in Nederland woont, ook voor mensen zonder verblijfsvergunning.

Meisjesbesnijdenis is in Nederland strafbaar als een vorm van kindermishandeling. Er staat een maximale gevangenisstraf van 12 jaar op. Er kan een nog hogere straf worden opgelegd als de meisjesbesnijdenis door de ouder van het kind zelf wordt uitgevoerd (artikel 300 tot en met 304 Wetboek van Strafrecht). Ouders zijn ook strafbaar als zij iemand anders opdracht geven voor de besnijdenis.

Ouders die hun kind in het buitenland (laten) besnijden kunnen daar in Nederland voor worden gestraft. Ouders die worden veroordeeld voor het (laten) besnijden van hun dochter en geen Nederlands paspoort hebben, lopen de kans dat zij niet langer in Nederland mogen verblijven.

1. Alle de ouders een Nederlands paspoort hebben of in Nederland wonen.

#### Meisjesbesnijdenis is zeer schadelijk

Meisjesbesnijdenis kan grote gevolgen hebben voor de gezondheid. Meisjes kunnen tijdens de ingreep bijvoorbeeld veel bloed verliezen of een ontsteking krijgen, waardoor ze ernstig ziek worden en soms zelfs overlijden.

Ook na de besnijdenis houden meisjes vaak veel klachten. Bijvoorbeeld: pijn bij het plassen, menstruatiekoliek, urineweginfecties, onvruchtbaarheid en problemen bij de bevalling. Ook kan een meisje depressief worden. Veel vrouwen houden hun hele leven pijn of klachten door de besnijdenis.

Met deze Verklaring willen we meisjes zo veel mogelijk beschermen tegen de ingreep zodat zij in goede lichamelijke en geestelijke gezondheid opgroeien.

Hoogachtend,  
  
Dts. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner  
de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

  
de Minister van Veiligheid en Justitie,  
M. LW. Opstelten

#### Vragen?

Hebt u vragen over meisjesbesnijdenis of over de verklaring? Dan kunt u altijd een afspraak maken met de arts of de verpleegkundige van het Consultatiebureau of de GGD.

Ook kunt u voor meer informatie terecht op [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl) of [www.tegenvrouwenbesnijdenis.nl](http://www.tegenvrouwenbesnijdenis.nl).

#### Waarom deze verklaring?

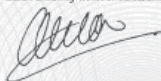
Deze verklaring kunt u meenemen naar het buitenland. U kunt de verklaring daar aan uw familie laten zien. Zo wordt duidelijk dat meisjesbesnijdenis in Nederland strafbaar is en dat u gevangenisstraf kunt krijgen als u uw dochter laat besnijden.

Bewaart u deze verklaring bij uw reispapieren, zodat u hem iedere keer als u naar het buitenland gaat, mee kunt nemen.

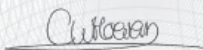
Dit is een uitgave van:  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Ministerie van Veiligheid en Justitie  
Maart 2011

Verklaring tegen  
meisjesbesnijdenis

Deze verklaring wordt ondersteund door:



drs. A. Koster  
AcZ, organisatie van zorgondernemers



miv. C.I. Wieringa-van der Hoeven  
Arbzn Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)



drs. M. Ahmed Hassan  
Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN)



miv. Bouman  
Jeugdzorg Nederland



prof. dr. Th. J. M. Helmerhorst  
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie  
(NVOG)



miv. drs. M. T. M. van Berkm  
Pharos, Kennis en adviescentrum migranten,  
vluchtelingen en gezondheid



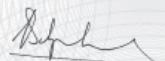
L. de Vries  
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten in Nederland  
(GGD NL)



prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman  
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering  
der Geneeskunst (KNMG)



miv. A. Verbeeten  
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen  
(KNOV)



miv. A. L. Schipaanboord  
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland  
(VZVW)



miv. drs. F. Z. Oigumiz  
Vluchtelingen - Organisaties Nederland (VON)

Ruimte voor ouders ter ondertekening:

Verklaring tegen meisjesbesnijdenis

## **Bijlage 5 - Ontwikkelgroep KNOV-training voor VGV adviseurs**

- M. Driessen, eerstelijns verloskundige
- M. Exterkate, Pharos, Programmamanager VGV
- Z. Naleie, FSAN, Projectleider VGV en ambassadeur VGV
- E. Ndiaga, Project medewerker preventie meisjesbesnijdenis GGD Brabant-Zuidoost
- Prof.Dr. J.J.M. van Roosmalen, NVOG, Leids Universitair Medisch Centrum, Stafid Afdeling Verloskunde (inmiddels met emeritaat)
- Dr. M.C.Vos, NVOG, Gynaecoloog-oncoloog, Afdeling Obstetrie en Gynaecologie, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
- I. M. Aalhuizen MSc, verloskundige, beleidsmedewerker Kwaliteit KNOV
- W. Aitink MSc, verloskundige, beleidsmedewerker Deskundigheidsbevordering KNOV

