

Maart 2026

Vrouwelijke genitale verminking

Omvang en risico in Nederland

Inhoudsopgave

1	Achtergrond	3
1.1	Nederland	3
1.2	Aanleiding en doel	4
1.3	Leeswijzer	4
2	Methode	5
2.1	Extrapolatiemethode	5
2.1.1	EIGE Step-by-step guide	5
2.2	Onderzoekspopulatie	6
2.3	VGV in landen van herkomst	7
2.3.1	Prevalentie van VGV bij meisjes onder de 15 in land van herkomst	8
2.3.2	Prevalentie van VGV bij vrouwen boven de 49 in land van herkomst	8
2.3.3	Leeftijd- en regio specifieke prevalentie	8
2.4	Schatting van VGV onder vrouwelijke migranten in Nederland	9
2.4.1	Indeling naar generatie en leeftijd	9
2.4.2	Assumpties: eerste generatie vrouwen	9
2.4.3	Assumpties: tweede generatie meisjes en vrouwen in Nederland	11
2.4.4	Typen VGV	12
3	Resultaten en beschouwing	13
3.1	Resultaten	13
3.1.1	Prevalentie	13
3.1.2	Risico	13
3.2	Beschouwing	15
3.2.1	Samenvatting en reflectie	15
3.2.2	Het effect van preventieve maatregelen	15
3.2.3	Het effect van acculturatieprocessen	16
3.2.4	De discrepantie tussen geschat risico en signaleringen van VGV in Nederland	17
3.2.5	Vergelijking met eerder onderzoek in Nederland en andere Europese landen	18
3.3	Aanbevelingen	19
3.3.1	Reflectie op de onderzoeksmethode	20
3.4	Conclusie	21
	Referenties	22

Colofon

Auteurs: dr. Ramin Kawous, dr. Dorothee van Breevoort, drs. Nancy Luu & drs. Ingrid van den Elsen

Begeleidingscommissie: Diny Flierman, dr. Floortje Kunseler, Habib Elkaddouri, prof. dr. Renée Romkens en Wilfred Janmaat. Met dank aan prof. dr. Janine Janssen voor het waardevolle advies en het meedenken.

1 Achtergrond

Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV), ook wel meisjesbesnijdenis genoemd, is het verwijderen of beschadigen van de uitwendige geslachtsdelen van een meisje of vrouw, zonder medische noodzaak¹. VGV wordt gezien als een schending van de lichamelijke integriteit en mensenrechten van vrouwen en meisjes.

De World Health Organisation (WHO) onderscheidt vier typen VGV, gebaseerd op de aard en ernst van de ingreep. Deze variëren van een kleine inkeping tot meer ingrijpende vormen waarbij meerdere delen van de uitwendige geslachtsorganen worden verwijderd. VGV wordt in verband gebracht met uiteenlopende gezondheidscomplicaties^{e.g., 2,3}. VGV komt voornamelijk voor in een aantal landen in Afrika, het Midden-Oosten en delen van Azië. In deze landen wordt de prevalentie van VGV gemeten via grootschalige bevolkingsonderzoeken. Op basis van recente gegevens wordt geschat dat wereldwijd meer dan 230 miljoen meisjes en vrouwen VGV hebben ondergaan. Daarnaast lopen jaarlijks ongeveer 4 miljoen meisjes het risico om besneden te worden⁴.

1.1 Nederland

Door oorlogen, gewapende conflicten en ander grootschalig geweld zijn de afgelopen decennia veel mensen gedwongen hun land te verlaten. Sinds de jaren negentig wonen daardoor ook in Nederland vrouwen en meisjes die afkomstig zijn uit landen waar VGV voorkomt. Daarmee vraagt deze praktijk ook in de Nederlandse context om blijvende aandacht.

Nederland voert een zero tolerance-beleid ten aanzien van VGV. In 1993 is VGV strafbaar gesteld, waarmee expliciet is vastgelegd dat deze praktijk in Nederland niet wordt geaccepteerd. Sinds 2006 is dit beleid uitgewerkt in een landelijke ketenaanpak, waarin preventie, handhaving en passende zorg voor vrouwen die VGV hebben ondergaan centraal staan. Binnen deze aanpak werken verschillende organisaties samen, waaronder de jeugdgezondheidszorg, de curatieve zorg, het onderwijs, Veilig Thuis en justitie⁵. Om de zorg verder te verbeteren, is in 2019 een landelijke leidraad ontwikkeld voor de medische zorg aan vrouwen met VGV⁶.

Pharos vervult binnen deze ketenaanpak een belangrijke rol als landelijk kenniscentrum op het gebied van VGV, door (wetenschappelijke) kennis, praktijkervaring en deskundigheidsbevordering te bundelen en te vertalen naar professionals en beleid.

1.2 Aanleiding en doel

Het Nederlandse beleid vraagt om actueel inzicht in de omvang van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) in Nederland. Het regelmatig monitoren van het aantal vrouwen met VGV en het aantal meisjes dat risico loopt, ondersteunt de uitvoering van de ketenaanpak in Nederland. Daarnaast sluit deze monitoring aan bij internationale afspraken die Nederland heeft onderschreven, waaronder de Sustainable Development Goals (SDG) waarin het beëindigen van VGV is opgenomen onder SDG-doel 5.3 ⁷.

De omvang en het risico van VGV in Nederland zijn eerder in 2013 en in 2019 in kaart gebracht ^{8,9}. Om het beleid te ondersteunen en onderbouwen, heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opdracht gegeven om dit onderzoek opnieuw uit te voeren.

Het doel van dit onderzoek is om te schatten:

1. hoeveel vrouwen en meisjes met VGV in Nederland wonen;
2. hoeveel meisjes risico lopen om in de toekomst besneden te worden.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Hoofdstuk 3 gaat in op de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste conclusies gepresenteerd en worden aanbevelingen gedaan.

2 Methode

2.1 Extrapolatiemethode

In de afgelopen jaren is in Europa geleidelijk een gezamenlijke aanpak ontstaan om de omvang en het risico van vrouwelijke genitale verminking (VGV) te schatten. Aan het begin van de jaren 2010 is onderzocht of dit mogelijk was met directe metingen, zoals een landelijke enquête onder vrouwen uit landen waar VGV voorkomt. In 2012 is in Nederland zo'n aanpak besproken met een internationale groep experts. Hun conclusie was dat vragenlijstonderzoek in Europese landen niet uitvoerbaar was. De gevoeligheid van het onderwerp, de strafbaarheid van VGV en de kans op onderrapportage bemoeilijken het verzamelen van betrouwbare en representatieve gegevens.

Bovengenoemde bevindingen leidden tot een bredere Europese discussie over alternatieve methoden. In 2012 startte het European Institute for Gender Equality (EIGE) met een eerste EU-brede verkenning naar manieren om de omvang van VGV beter in kaart te brengen. Tijdens expertbijeenkomsten is gezocht naar een methode die wel uitvoerbaar was binnen de Europese context, namelijk de extrapolatiemethode.

In 2015 publiceerde EIGE een eerste step-by-step handleiding, waarin de extrapolatiemethode werd vastgelegd ¹⁰. Bij deze methode worden prevalentiecijfers uit landen van herkomst gecombineerd met gegevens over vrouwen en meisjes die afkomstig zijn uit landen waar VGV voorkomt. De geactualiseerde EIGE-richtlijn uit 2019 vormt inmiddels de belangrijkste gezamenlijke basis binnen Europa voor het schatten van de omvang van VGV en het risico voor meisjes ¹¹.

De omvang van VGV en het risico van VGV in Nederland is in 2018 voor het laatst door Pharos in kaart gebracht. De volledige methodologische onderbouwing en het bijbehorende rekenmodel zijn uitgebreid beschreven in een eerdere publicatie ⁹. Het model dat in dit onderzoek is gebruikt, is gebaseerd op die eerdere studie en waar nodig aangescherpt.

2.1.1 EIGE Step-by-step guide

In de EIGE Step-by-Step Guide wordt aanbevolen om bij het schatten van het risico op vrouwelijke genitale verminking (VGV), met twee scenario's te werken ¹⁰. Het hoge scenario is het referentiepunt en gaat ervan uit dat de prevalentiecijfers uit het land van herkomst ongewijzigd van toepassing zijn. Dit scenario fungeert als analytisch

uitgangspunt, omvat de volledige potentiële risicopopulatie en is onafhankelijk van veronderstelde risicoreductie.

Daarnaast beveelt de EIGE Step-by-Step Guide aan een scenario uit te werken dat aansluit bij de context van het land van vestiging: het lage scenario. Dit scenario wordt gebruikt om de bandbreedte van de schattingen inzichtelijk te maken en is sterker afhankelijk van aannames dan het hoge scenario. Er wordt in het lage scenario verondersteld dat het risico op VGV kan afnemen na migratie. Deze veronderstelling is gebaseerd op een omvangrijke internationale wetenschappelijke literatuurstudie en praktijken rond VGV in diasporacontexten vaak veranderen. Factoren zoals migratie, acculturatie, verblijfsduur en preventieve maatregelen in het land van vestiging worden in deze literatuur consistent in verband gebracht met een afname van het risico. ^(i.e., 12–20)

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit eerste- en tweedegeneratie vrouwelijke migranten die op 1 januari 2023 in Nederland woonden. Het betreft meisjes en vrouwen afkomstig uit 30 landen waarvoor representatieve gegevens over VGV beschikbaar zijn (zie Tabel 1). Eerste generatie migranten zijn meisjes en vrouwen die in het buitenland zijn geboren en zich later in Nederland hebben gevestigd. Tweedegeneratie migranten zijn personen die in Nederland zijn geboren en van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Omdat het CBS de derde generatie niet afzonderlijk categoriseert en deze groep onder de bevolking met een Nederlandse achtergrond schaaft, is deze niet in de onderzoekspopulatie geïnccludeerd.

Meisjes en vrouwen uit Indonesië zijn in deze analyse niet meegenomen. De landelijke prevalentiecijfers die vanuit Indonesië beschikbaar zijn, hebben uitsluitend betrekking op meisjes jonger dan 11 jaar. Deze cijfers laten zien dat ongeveer 49% van deze meisjes een vorm van VGV heeft ondergaan. Voor oudere meisjes en vrouwen zijn geen representatieve gegevens beschikbaar, waardoor een leeftijdsspecifieke schatting niet mogelijk is. Daarnaast is de Indonesische migrantengroep in Nederland heterogeen samengesteld en afkomstig uit verschillende migratiegolven, met uiteenlopende sociaal-culturele achtergronden. Hierdoor kan niet worden aangenomen dat landelijke cijfers uit Indonesië representatief zijn voor deze specifieke populatie in Nederland.

Voor deze studie stelde het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) microdata beschikbaar over herkomstland, geboorteplaats, aankomstdatum en leeftijd van vrouwelijke migranten per 1 januari 2023. Deze gegevens zijn onder strikte privacy voorwaarden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. De dataset is bewerkt door migranten te groeperen naar regio binnen het land van herkomst en door de leeftijd bij aankomst in Nederland te berekenen. Daarnaast is gebruikgemaakt van gegevens van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) over vrouwelijke asielzoekers naar leeftijd en herkomstland.

Tabel 1. Prevalentie en type van vrouwelijke genitale verminking in landen van herkomst, en aantal vrouwelijke migranten in Nederland (CBS, 2023) naar generatie.

Land van herkomst	DHS en MICS data					Centraal Bureau voor de Statistiek		
	Bron	Jaar van publicatie	Prevalentie (%)	Type VGV (%)		Eerste generatie	Tweede generatie	Totaal
				Type III	Overige / onbekend			
Benin	MICS	2014	9.2	10,10	89,90	124	108	232
Burkina Faso	DHS	2010	75.8	1,20	98,80	168	176	344
Centraal-Afrikaanse Rep.	MICS	2018-2019	21.6	49,60	50,40	37	14	51
Djibouti	MICS	2019	70.7	40,10	59,90	100	76	176
Egypte	DHS	2015	87.2	0,70	99,30	6682	5870	12552
Eritrea	PHS	2010	83.0	38,60	61,40	10437	2266	12703
Ethiopië	DHS	2016	65.2	6,50	93,50	9686	4967	14653
Gambia	DHS	2019-2020	72.6	12,20	87,80	613	420	1033
Ghana	MICS	2017-2018	2.4	15,90	84,10	8305	5654	13959
Guinee	DHS	2018	94.5	9,70	90,30	1229	1237	2466
Guinee-Bissau	MICS	2018-2019	52.1	18,50	81,50	124	91	215
Irak	MICS	2018	7.4	1,30	98,70	21445	10735	32180
Ivoorkust	MICS	2016	36.7	9,40	90,60	568	423	991
Jemen	DHS	2014	18.5	0,00	100,00	2103	316	2419
Kameroen	DHS	2004	1.4	5,00	95,00	1088	848	1936
Kenia	DHS	2014	21.0	9,30	90,70	2059	1191	3250
Liberia	DHS	2019-2020	31.8	0,00	100,00	635	752	1387
Maldiven	DHS	2016-2017	12.9	0,00	100,00	11	9	20
Mali	DHS	2018	88.6	8,20	91,80	102	118	220
Mauritanië	MICS	2015	66.6	4,50	95,50	40	72	112
Niger	DHS	2012	2.0	6,30	93,70	58	86	144
Nigeria	DHS	2018	19.5	5,60	94,40	4976	3670	8646
Senegal	DHS	2016	22.7	7,10	92,90	506	470	976
Sierra Leone	DHS	2019	83.0	11,90	88,10	1426	1144	2570
Soedan	MICS	2014	86.6	77,00	23,00	2586	1495	4081
Somalië	SHDS	2020	99.2	64,20	35,80	13393	8214	21607
Tanzania	DHS	2015-2016	10.0	6,60	93,40	668	718	1386
Togo	MICS	2017	3.1	36,20	63,80	454	417	871
Tsjaad	MICS	2019	34.1	15,80	84,20	38	51	89
Uganda	DHS	2016	0.3	0,00	100,00	1797	643	2440
Totaal						91458	52251	143709

2.3 VGV in landen van herkomst

Voor de prevalentie van VGV in landen van herkomst is gebruikgemaakt van de meest recente Demographic and Health Surveys (DHS) en Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) (zie Tabel 1). Dit zijn grootschalige, landelijk representatieve onderzoeken waarin onder meer wordt gevraagd naar het voorkomen van VGV. Omdat deze onderzoeken zich meestal richten op vrouwen van 15 tot 49 jaar, moesten aannames worden gemaakt voor jongere meisjes en vrouwen ouder dan 49 jaar.

2.3.1 Prevalentie van VGV bij meisjes onder de 15 in land van herkomst

Voor een aantal landen zijn gegevens beschikbaar over de prevalentie van VGV onder meisjes van 0 tot 14 jaar, gerapporteerd door hun moeders. Omdat een deel van deze meisjes ten tijde van het onderzoek mogelijk nog niet de gebruikelijke leeftijd voor besnijdenis had bereikt, geven deze cijfers alleen inzicht in hun huidige, en niet in hun uiteindelijke, VGV-status.

Om hiermee rekening te houden, is gebruik gemaakt van gegevens over de leeftijd waarop VGV is uitgevoerd, afkomstig uit DHS- en MICS-onderzoeken onder vrouwen van 15 tot 49 jaar. Deze gegevens zijn eerst gecorrigeerd voor ontbrekende informatie. Vervolgens zijn leeftijdsspecifieke proporties berekend en toegepast op de nationale prevalentie van VGV voor de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar.

Op deze manier is voor elk betrokken land een leeftijdsspecifieke prevalentie van VGV geschat voor de leeftijdsgroepen 0–4 jaar, 5–9 jaar en 10–14 jaar.

2.3.2 Prevalentie van VGV bij vrouwen boven de 49 in land van herkomst

Voor vrouwen ouder dan 49 jaar is aangenomen dat zij dezelfde prevalentie van VGV hebben als vrouwen in de leeftijdsgroep van 45 tot 49 jaar. Dit is de oudste leeftijdsgroep waarvoor gegevens beschikbaar zijn in de DHS- en MICS-onderzoeken. Uit de beschikbare cijfers blijkt dat de prevalentie van VGV toeneemt met de leeftijd, wat deze aanname ondersteunt.

Deze aanpak maakt het mogelijk om leeftijdsspecifieke schattingen van VGV te maken met een hogere nauwkeurigheid dan bij methoden die uitgaan van één vaste leeftijd, zoals de mediane leeftijd van besnijdenis of alleen de prevalentie in de leeftijdsgroep van 15 tot 19 jaar.

2.3.3 Leeftijd- en regio specifieke prevalentie

Voor landen met grote regionale verschillen in voorkomen van VGV is de leeftijdsspecifieke prevalentie per regio berekend. Hiervoor is gebruikgemaakt van de regionale verdeling van VGV, zoals gerapporteerd in de meest recente DHS- en MICS-landrapporten. Voor acht landen met een nationale VGV-prevalentie van ruim boven de 80% (zie Tabel 1) zijn regionale verschillen niet meegenomen, omdat deze verschillen in deze landen als beperkt worden beschouwd.

Een vergelijkbare correctie op basis van etniciteit is overwogen, maar niet toegepast. Er waren namelijk geen gegevens beschikbaar over de etnische achtergrond van meisjes en vrouwen in Nederland. Om die reden is etniciteit niet meegenomen in de schatting van de prevalentie van VGV.

2.4 Schatting van VGV onder vrouwelijke migranten in Nederland

In overeenstemming met eerdere onderzoeken zijn meisjes en vrouwen ingedeeld in drie categorieën^{9,21}:

1. meisjes en vrouwen die vóór hun migratie naar Nederland zijn besneden;
2. meisjes en vrouwen die ná hun migratie zijn besneden;
3. meisjes en vrouwen die niet zijn besneden, maar mogelijk nog steeds risico lopen om besneden te worden.

Er zijn geruchten dat VGV in Europa (bijvoorbeeld in Frankrijk, Italië, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk) wordt uitgevoerd door traditionele besnijders of door medisch personeel²²⁻²⁴. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat meisjes VGV ondergaan tijdens een vakantie in het land van herkomst^{25,26}. In de berekeningen is daarom rekening gehouden met de mogelijkheid dat sommige in Nederland geboren meisjes op enig moment in hun leven mogelijk VGV hebben ondergaan en dat sommige meisjes die bij aankomst in Nederland jonger waren dan 19 jaar, na hun migratie in het land van herkomst alsnog zijn besneden.

In dit onderzoek is uitgegaan van een maximale leeftijd van 20 jaar waarop VGV kan plaatsvinden, omdat in sommige landen meisjes ook na hun vijftiende nog risico lopen om te worden besneden. De schattingsmethode houdt rekening met historische patronen van VGV over verschillende perioden en met het, door migratie, pas op latere leeftijd besnijden in het land van herkomst.

2.4.1 Indeling naar generatie en leeftijd

De studiepopulatie is ingedeeld in de eerste en tweede generatie (zie Figuur 1). De eerste generatie vrouwen en meisjes is op basis van hun leeftijd bij aankomst in Nederland en hun leeftijd op 1 januari 2023, verder onderverdeeld in drie subgroepen (1a, 1b en 1c). De tweede generatie is ingedeeld in twee subgroepen (2a en 2b), op basis van leeftijd op 1 januari 2023.

Vrouwen die op de referentiedatum de leeftijd van 20 jaar hadden bereikt (groepen 1a, 1b en 2b) zijn meegenomen in de schatting van de VGV-prevalentie en worden niet langer als risicogroep beschouwd. Jongere vrouwelijke migranten (groepen 1c en 2a) zijn meisjes jonger dan 20 jaar die mogelijk vóór de referentiedatum zijn besneden of die na 1 januari 2023 nog risico lopen op VGV. Deze groepen dragen daarom bij aan zowel de geschatte prevalentie van VGV als aan de risicoschatting.

2.4.2 Assumpties: eerste generatie vrouwen

Groep 1a bestaat uit vrouwen die mogelijk VGV hebben ondergaan vóór hun migratie naar Nederland en die bij aankomst 20 jaar of ouder waren. Nieuwe gevallen van VGV in deze leeftijdsgroep na aankomst in Nederland worden niet waarschijnlijk geacht. De prevalentie van VGV in deze groep is berekend door de leeftijdsspecifieke VGV-prevalentie in het land van herkomst toe te passen op de

leeftijdssamenstelling van vrouwelijke migranten in Nederland. Waar nodig is gecorrigeerd voor regionale verschillen in de prevalentie van VGV.

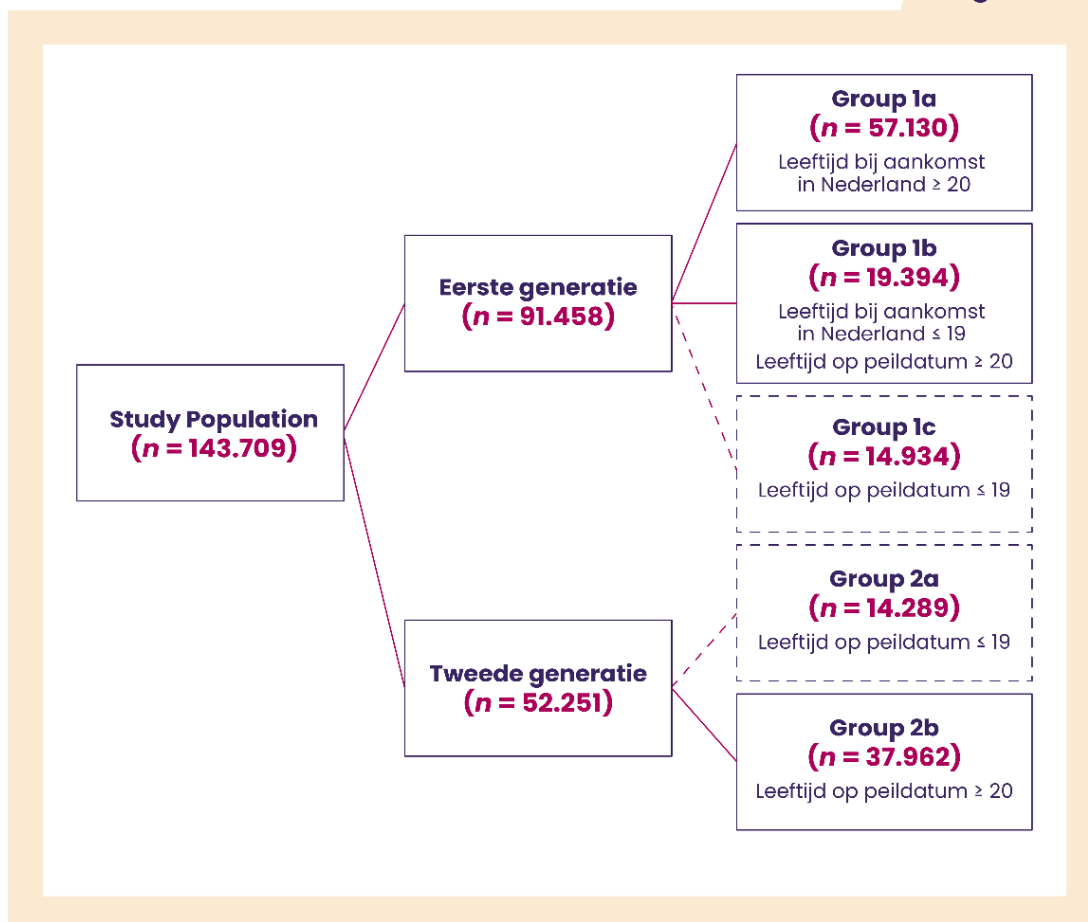
Groep 1b bestaat uit vrouwen die bij aankomst in Nederland 19 jaar of jonger waren en die op 1 januari 2023 de leeftijd van 20 jaar hadden bereikt. De prevalentie van VGV in deze groep is in twee stappen berekend. In de eerste stap is bij alle meisjes gekeken naar hun leeftijd bij aankomst in Nederland en is deze naast de leeftijdsspecifieke prevalentie van VGV in de regio van herkomst gelegd. In de tweede stap is rekening gehouden met de mogelijkheid dat zij tussen aankomst en het bereiken van de leeftijd van 20 jaar alsnog VGV hebben ondergaan.

Vanaf 1 januari 2006 is, vanwege de invoering van een landelijke ketenaanpak tegen VGV, en het daarmee expliciet gemaakte preventiebeleid binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ), een migratie-impactfactor van 50% toegepast op VGV-praktijken in Nederland. JGZ-organisaties voeren risicotaxaties uit bij ouders met dochters uit landen waar VGV voorkomt en informeren deze ouders actief over de gezondheids-gevolgen van VGV, de Nederlandse wetgeving en de kans op vervolging als VGV wordt vastgesteld. Ondanks dat VGV in 1993 strafbaar werd, bestonden preventieprogramma's tot 2006 voornamelijk uit lokale initiatieven met een beperkte reikwijdte.

Meisjes die vóór 2006 de leeftijd van 20 jaar bereikten, kregen de leeftijdsspecifieke prevalentie toegewezen op basis van hun land en regio van herkomst. Meisjes die deze leeftijd aan het begin van 2006 nog niet hadden bereikt, kregen tot hun twintigste een reductiefactor van 50% toegewezen.

Groep 1c bestaat uit meisjes die bij aankomst in Nederland 19 jaar of jonger waren en die op 1 januari 2018 eveneens 19 jaar of jonger waren. In lijn met groep 1b is eerst de leeftijdsspecifieke VGV-prevalentie van land en regio van herkomst toegepast tot de leeftijd van aankomst in Nederland. Voor de jaren na aankomst en vóór 2006 is dezelfde procedure gevolgd als bij groep 1b. Voor de periode van 2006 tot en met 2018 is opnieuw een reductiefactor van 50% toegepast op de geschatte prevalentie van VGV.

Met 1 januari 2023 als referentiedatum is eerst de omvang van de risicopopulatie geschat (gedefinieerd als het aantal meisjes jonger dan 19 jaar minus het aantal meisjes dat in de jaren daarvoor VGV heeft ondergaan). Vervolgens is voor deze risicopopulatie een schatting gemaakt van het aantal meisjes dat na de referentiedatum mogelijk risico loopt op VGV, op basis van een reductiefactor van 50% toegepast op de leeftijdsspecifieke prevalentie in het land van herkomst.



Figuur 1. Indeling van meisjes en vrouwen in Nederland afkomstig uit landen waar VGV voorkomt, naar bijdrage aan prevalentie en risico. Deze figuur laat zien hoe de totale onderzoekspopulatie per 1 januari 2023 is onderverdeeld in eerste en tweede generatie, en vervolgens naar leeftijdsgroepen. De vakken met een volle lijn vertegenwoordigen groepen die alleen bijdragen aan de schatting van de prevalentie van VGV. De vakken met een gestippelde lijn tonen de groepen die zowel meetellen voor de prevalentie als voor het geschatte risico op VGV in de toekomst.

2.4.3 Assumpties: tweede generatie meisjes en vrouwen in Nederland

De tweede generatie is onderverdeeld in twee groepen (2a en 2b), afhankelijk van de vraag of meisjes na de referentiedatum nog risico lopen op VGV. Hierbij is aangenomen dat vrouwen van de tweede generatie die op 1 januari 2023 de leeftijd van 20 jaar hadden bereikt (groep 2b) een lager risico op VGV hebben. Dit lagere risico wordt toegeschreven aan de invloed van acculturatie op houding en gedrag ten aanzien van besnijdenis.

Voor de jaren waarin deze vrouwen vóór 1 januari 2006 hebben geleefd, is een acculturatie-impactfactor van 50% toegepast op de leeftijdsspecifieke prevalentie van VGV vanaf de geboorte. Voor de jaren na 1 januari 2006 is daarnaast rekening gehouden met de invoering van het landelijke preventieprogramma.

Het gecombineerde effect van acculturatie en preventie is daarbij vastgesteld op een reductie van 75%. In deze groep zijn daarom leeftijdsspecifieke VGV-prevalenties van regio's binnen landen van herkomst gecombineerd met een reductiefactor van 50% of 75%, afhankelijk van het aantal jaren dat vóór respectievelijk ná 1 januari 2006 is geleefd.

De meisjes van de tweede generatie in groep 2a dragen bij aan zowel de geschatte prevalentie van VGV per 1 januari 2023, als aan het risico op VGV in de nabije toekomst. Voor deze groep is een vergelijkbare procedure gevolgd als voor groep 2b, waarbij een reductiefactor van 50% of 75% is toegepast op de leeftijdsspecifieke prevalentie van VGV, afhankelijk van het aantal jaren vóór respectievelijk ná 1 januari 2006. Omdat deze meisjes op 1 januari 2023 jonger waren dan 20 jaar, dragen zij eveneens bij aan de risicoschatting voor de periode na de referentiedatum. Voor de berekening van dit toekomstige risico is een vergelijkbare aanpak toegepast als bij groep 1c, met dien verstande dat hier een reductiefactor van 75% is gehanteerd.

2.4.4 Typen VGV

Naast de schatting van de totale omvang is ook gekeken naar de verdeling van typen VGV. In de analyse is infibulatie (type III) afzonderlijk weergegeven. De verdeling van typen in de landen van herkomst is daarbij geëxtrapoleerd naar de studiebevolking. Type III is apart opgenomen omdat deze vorm in grootschalige huishoudelijke surveys (DHS en MICS) – waarin vrouwen zelf wordt gevraagd welk type zij hebben ondergaan – doorgaans het meest eenduidig wordt gerapporteerd. Zelfrapportage door vrouwen sluit niet altijd volledig aan bij de technische WHO-classificatie, waardoor het onderscheid tussen andere typen minder betrouwbaar is. Om die reden zijn deze vormen samengevoegd in de categorie 'overige typen VGV'.

3 Resultaten en beschouwing

3.1 Resultaten

Op 1 januari 2023 bestond de totale onderzoekspopulatie uit 143.709 meisjes en vrouwen afkomstig uit 30 landen waar VGV voorkomt. Van hen waren ongeveer 29.000 meisjes tussen de 0 en 19 jaar oud. Van de totale populatie behoorden 91.458 tot de eerste generatie en 52.251 tot de tweede generatie.

3.1.1 Prevalentie

Van de 143.709 meisjes en vrouwen die op 1 januari 2023 in Nederland woonden, hadden naar schatting ongeveer 43.428 VGV ondergaan. Dit komt neer op een prevalentie van 30,2% binnen de onderzoekspopulatie (zie Tabel 2).

Van hen hebben naar schatting ongeveer 13.496 vrouwen infibulatie (type III) ondergaan.

3.1.2 Risico

Op 1 januari 2023 woonden er in Nederland ongeveer 29.000 meisjes die in de komende 20 jaar mogelijk risico lopen. Van hen lopen naar schatting ongeveer 2.600 meisjes reëel risico als preventieve maatregelen hen niet bereiken.

Tabel 2. Meisjes en vrouwen die VGV hebben ondergaan en aantal meisjes dat reëel risico loopt om besneden te worden.

Land van herkomst	Meisjes en vrouwen met VGV in Nederland			Meisjes die risico lopen op VGV		
	Prevalentie van VGV (%)	Totaal aantal meisjes en vrouwen met VGV	Type III	Eerste generatie	Tweede generatie	Totaal
Benin	8,0%	18,49	1,87	0,38	1,08	1,45
Burkina Faso	44,0%	151,20	1,81	1,12	4,20	5,32
Centraal-Afrikaanse Rep.	7,7%	3,91	1,94	0,16	0,36	0,51
Djibouti	53,5%	94,21	37,78	1,10	4,92	6,02
Egypte	48,1%	6035,53	42,25	150,15	199,55	349,69
Eritrea	51,0%	6484,57	2503,04	171,72	92,01	263,74
Ethiopië	48,7%	7138,51	464,00	31,63	231,05	262,68
Gambia	37,2%	384,43	46,90	6,70	18,65	25,36
Ghana	1,5%	205,62	32,69	2,02	8,94	10,96
Guinee	49,1%	1211,38	117,50	17,88	115,85	133,73
Guinee-Bissau	26,2%	56,29	10,41	0,19	2,92	3,10
Irak	7,4%	2369,41	30,80	56,76	107,57	164,33
Ivoorkust	26,0%	257,59	24,21	3,39	14,23	17,62
Jemen	11,7%	282,12	-	0,98	0,26	1,24
Kameroen	0,7%	14,24	0,71	0,48	3,24	3,72
Kenia	13,0%	421,78	39,23	8,44	20,41	28,84
Liberia	18,8%	260,34	-	0,45	5,91	6,35
Maldiven	8,9%	1,79	-	0,05	0,06	0,11
Mali	49,1%	107,98	8,85	0,51	1,90	2,41
Mauritanië	29,9%	33,47	1,51	0,06	0,76	0,82
Niger	1,2%	1,75	0,11	0,02	0,11	0,13
Nigeria	16,7%	1444,83	80,91	5,51	13,54	19,04
Senegal	12,4%	121,23	8,61	0,96	1,99	2,95
Sierra Leone	47,9%	1230,97	146,49	25,48	133,22	158,70
Soedan	52,0%	2121,61	1633,64	67,33	132,11	199,44
Somalië	59,5%	12845,76	8246,98	94,26	870,49	964,74
Tanzania	6,8%	94,31	6,22	1,86	5,66	7,52
Togo	1,9%	16,61	6,01	0,05	0,94	1,00
Tsjaad	10,6%	9,46	1,49	0,26	1,75	2,01
Uganda	0,3%	8,05	-	0,50	0,28	0,79
Totaal	30,2%	43427,45	13495,98	639,36	1966,86 *	2606,22

* De relatief hoge aantallen bij meisjes van de tweede generatie hangen samen met de leeftijdsstructuur van deze groep en de wijze waarop het risico wordt berekend. Meisjes van de tweede generatie zijn gemiddeld jonger. Wanneer bijvoorbeeld een meisje op 1 januari 2023 wordt geboren, wordt zij in het model beschouwd als iemand die gedurende de komende 20 jaar potentieel risico kan lopen. Hierdoor tellen jonge cohorten automatisch mee in de risicopopulatie voor de volledige projectieperiode.

3.2 Beschouwing

3.2.1 Samenvatting en reflectie

Op 1 januari 2023 woonden er in Nederland 143.709 meisjes en vrouwen afkomstig uit landen waar VGV voorkomt. Van hen hebben naar schatting 43.428 vrouwen en meisjes VGV ondergaan. Daarnaast lopen ongeveer 29.000 meisjes mogelijk risico in de komende 20 jaar, van wie naar schatting ongeveer 2.600 reëel risico lopen als preventieve maatregelen hen niet bereiken.

Als wordt aangenomen dat VGV in Nederland in dezelfde proporties voorkomt als in de landen van herkomst, en geen rekening wordt gehouden met de migratiecontext, ofwel veranderingen na migratie, wordt geschat dat er ongeveer 30 procent meer meisjes en vrouwen met VGV in Nederland wonen. En dat bijna drie keer zoveel meisjes in de komende twintig jaar reëel risico lopen om te worden besneden.

Dit scenario, ook wel het hoge scenario genoemd, ligt in de migratiecontext niet voor de hand, maar geldt in studies naar de prevalentie van VGV in diaspora wel als een belangrijk analytisch referentiepunt. Het wordt vaak als uitgangspunt gebruikt omdat het de volledige potentiële risicopopulatie omvat en daarmee een bovengrens van de schatting weergeeft. Daarbij wordt verondersteld dat de prevalentie van VGV onder migrantengroepen in diaspora gelijk is aan die in de landen van herkomst.

Om tot een scenario te komen dat beter aansluit bij de context van het land van vestiging, worden in prevalentieonderzoeken naar VGV doorgaans correcties toegepast. Voor de Nederlandse context is in dit onderzoek rekening gehouden met twee belangrijke factoren die het risico op VGV mogelijk beïnvloeden: veranderingen in houding en opvattingen ten aanzien van VGV na migratie (acculturatie) en het mogelijke effect van preventieve maatregelen in Nederland. Op deze twee factoren wordt hieronder nader ingegaan.

3.2.2 Het effect van preventieve maatregelen

Sinds 2006 is in Nederland een landelijke ketenaanpak tegen VGV geïmplementeerd, waarin verschillende sectoren – zoals jeugdgezondheidszorg, onderwijs, zorg en Veilig Thuis – samenwerken aan preventie, signalering en bescherming^{5,27}. Binnen deze aanpak ligt een sterke nadruk op voorlichting aan ouders, het bespreekbaar maken van VGV en het tijdig signaleren van mogelijke risico's.

In dit onderzoek wordt het jaartal 2006 daarom gebruikt als een belangrijk beleidsmatig keerpunt. Vanaf dat moment wordt in het model rekening gehouden met een mogelijke vermindering van het risico door preventieve maatregelen en door veranderingen in opvattingen na migratie. Tegelijkertijd is niet bekend in welke mate meisjes vóór de invoering van deze landelijke aanpak, daadwerkelijk beschermd werden. Ook het effect van de maatregelen na 2006 kan niet precies worden vastgesteld. Er bestaan namelijk geen kwantitatieve studies die de invloed van preventieve maatregelen, migratie of acculturatie op het daadwerkelijke risico

op VGV exact meten. Ondanks het belang van de ketenaanpak voor de preventie van VGV in Nederland is het moeilijk om de invloed van zowel veranderende opvattingen als preventieve maatregelen precies in reductiecijfers uit te drukken.

Deze aannames zijn gebaseerd op een omvangrijke internationale wetenschappelijke literatuurstudie (i.e., 12–20). Zowel voor het mogelijke effect van preventieve en dus beschermende, maatregelen als voor het effect van migratie en acculturatie is uitgegaan van een reductie van 50%. Dit betekent dat in de berekeningen wordt verondersteld dat ongeveer de helft van de vrouwen en gezinnen uit de onderzoekspopulatie sinds 2006 door preventie, informatie en signalering in Nederland kan zijn bereikt, en dat daarnaast bij een deel van de gezinnen veranderingen in opvattingen en gedrag kunnen zijn opgetreden na migratie.

Deze keuze moet niet worden gezien als een exacte meting van de werkelijkheid, maar als een redelijke midden-aanname in een situatie waarin harde data ontbreken. Gevoeligheidsanalyses laten bovendien zien dat de uitkomsten van de schattingen niet volledig afhankelijk zijn van deze specifieke aanname: ook wanneer geen reductie zou worden toegepast, blijven de globale orde van grootte en de belangrijkste patronen in de resultaten vergelijkbaar.

3.2.3 Het effect van acculturatieprocessen

Vrouwelijke genitale verminking hangt vaak samen met sociale verwachtingen rond vrouwelijkheid, huwbaarheid en acceptatie. In veel contexten functioneert VGV als een sociale norm. Mensen handelen niet alleen op basis van persoonlijke overtuigingen, maar ook vanuit de verwachting dat andere families hetzelfde doen en dat het volgen van de norm belangrijk is om sociale uitsluiting te voorkomen²⁸. Deze normen zijn niet statisch. In veel landen waar VGV voorkomt, is al langere tijd een verandering zichtbaar. Steeds meer vrouwen en mannen geven aan dat de praktijk zou moeten stoppen, terwijl jongere generaties vaak kritischer zijn dan oudere generaties²⁸. Onderwijs, toegang tot informatie over de gezondheidsrisico's, sociaaleconomische veranderingen, publieke discussies over gendergelijkheid en wetgeving die VGV strafbaar stelt, dragen bij aan deze ontwikkeling. Migratie kan deze veranderingen verder versterken. In het land van vestiging komen families in aanraking met andere sociale normen, wetgeving die VGV verbiedt en informatie over de gezondheidsrisico's. Hierdoor kan ruimte ontstaan om bestaande tradities opnieuw te beoordelen (i.e., 12–20).

Onderzoek onder diasporagemeenschappen laat zien dat dergelijke veranderingen zich daadwerkelijk voordoen. Studies onder bijvoorbeeld Ethiopische en Eritrese families in Zweden en onder Somalische migranten in Noorwegen, laten zien dat veel ouders na migratie aangeven dat ze hun dochters niet willen laten besnijden.¹³¹⁴

Ook migrantenvrouwen in België beschrijven migratie, onderwijs en contact met (zorg)professionals als belangrijke momenten waarop eerdere opvattingen werden heroverwogen.²⁹ Deze bevindingen worden bevestigd door ons meest recente onderzoek, waarin dezelfde trend zichtbaar is van veranderende opvattingen over

VGV na migratie³⁰. Generatieverschillen spelen eveneens een rol: jongeren die in het land van vestiging zijn opgegroeid, wijzen VGV doorgaans duidelijker af dan oudere generaties.^{31 32 33}

Deze verandering verloopt niet overal in hetzelfde tempo. Studies laten zien dat mensen die korter in het vestigingsland wonen, soms positiever denken over VGV dan mensen die er langer wonen.³⁴ Een recent onderzoek uit de Verenigde Staten laat bijvoorbeeld zien dat de prevalentie onder vrouwen die in het land zijn geboren zeer laag is, maar niet volledig nul.³⁵ Ook komt uit eerder onderzoek naar voren dat leeftijd bij migratie relevant is: meisjes die vóór de gebruikelijke besnijdenis-leeftijd migreerden, blijken minder vaak besneden en ouders zijn minder geneigd hun dochters te laten besnijden.¹²

Deze inzichten vormen een belangrijke wetenschappelijke basis voor de aannames die in dit onderzoek zijn gebruikt. De cijfers over prevalentie en risico die in dit rapport worden gepresenteerd moeten daarom worden geïnterpreteerd tegen deze bredere achtergrond van sociale normen en veranderende opvattingen. Zij geven een indicatie van hoeveel vrouwen VGV hebben ondergaan en hoeveel meisjes mogelijk risico lopen, maar vangen niet volledig het dynamische proces waarin opvattingen binnen gemeenschappen veranderen, tradities opnieuw worden besproken en families soms andere keuzes maken dan eerdere generaties.

3.2.4 De discrepantie tussen geschat risico en signaleringen van VGV in Nederland

Er lopen in de komende twintig jaar naar schatting ongeveer 2.600 meisjes reëel risico op VGV wanneer preventieve maatregelen hen niet bereiken. Gezien de ernstige en blijvende gevolgen van VGV is dit een substantieel aantal dat aandacht vraagt van beleid en praktijk. Er bestaat echter een discrepantie tussen deze schatting en het feit dat er vrijwel geen meldingen van VGV bij Veilig Thuis worden gedaan. Tot op heden heeft bovendien geen strafrechtelijke vervolging of veroordeling plaatsgevonden voor het uitvoeren van VGV bij meisjes die onder het Nederlands recht vallen.

Andersson Elffers Felix (AEF) beschrijft deze discrepantie tussen omvangschattingen en signaleringen in de praktijk, in een onderzoeksrapport van 2021³⁶. Volgens dit onderzoek spelen verschillende factoren een rol. Zo komen veel professionals maar weinig in aanraking met mogelijke risicosituaties, waardoor kennis en ervaring met het herkennen van signalen beperkt kunnen zijn.

Daarnaast zijn signalen van een mogelijk risico op VGV vaak indirect en niet acuut. Bijvoorbeeld wanneer vrouwelijke familieleden besneden zijn of wanneer ouders geen duidelijke afwijzende houding tegenover VGV hebben. Zulke signalen leiden niet altijd direct tot ingrijpen, omdat het moment waarop een besnijdenis daadwerkelijk plaatsvindt moeilijk te voorspellen is en het tijdvenster om een ingreep te voorkomen klein kan zijn.

AEF wijst er ook op dat professionals niet altijd direct een melding doen bij Veilig Thuis wanneer zij signalen opvangen. In veel gevallen kiezen zij eerst voor andere stappen, zoals het voeren van gesprekken met ouders, het geven van voorlichting of overleg met collega-professionals. Veilig Thuis wordt in de praktijk vaak gezien als een volgende stap wanneer zorgen ernstiger of concreter worden. Daarbij speelt ook mee dat professionals soms onzeker zijn over de rol van Veilig Thuis of twijfelen of een melding passend is wanneer signalen nog niet acuut zijn.

Daarnaast worden signalen die bij verschillende organisaties aanwezig zijn – bijvoorbeeld bij de jeugdgezondheidszorg, scholen of andere betrokken instanties – niet altijd samengebracht tot één volledig risicobeeld. Hierdoor kunnen signalen versnipperd blijven en worden mogelijkheden voor tijdige preventie niet altijd optimaal benut. Dit kan een belangrijk onderwerp zijn voor toekomstig onderzoek.

3.2.5 Vergelijking met eerder onderzoek in Nederland en andere Europese landen

Ten opzichte van de eerdere studie in Nederland uit 2018 is de onderzoekspopulatie gegroeid. In 2023 omvatte deze populatie 143.709 meisjes en vrouwen, tegenover 95.588 in 2018. Deze groei hangt vooral samen met de uitbreiding van de onderliggende populatie door nieuwe instroom en geboorten in Nederland.

Ook de leeftijdsopbouw van de populatie is in deze periode veranderd. In 2018 bestond de groep minderjarige meisjes uit ongeveer 38.000 personen, tegenover circa 29.000 in 2023. Deze afname hangt samen met de cohortopbouw van de onderzoekspopulatie: een deel van de meisjes die in 2018 nog minderjarig was, was op de peildatum in 2023 inmiddels ouder dan 19 jaar en viel daardoor buiten de groepen die meetellen voor het mogelijke en toekomstige risico.

Tot slot hangt een deel van de toename van de onderzoekspopulatie samen met een aanpassing in ons rekenmodel: in de studie uit 2018 werden alleen meisjes en vrouwen uit de Koerdisch Autonome Regio (KAR) in Irak meegenomen, terwijl in de huidige studie alle meisjes en vrouwen uit Irak zijn meegenomen. Dit sluit beter aan bij de werkwijze in andere studies, waarin dit onderscheid doorgaans niet wordt gemaakt.

Van de totale onderzoekspopulatie hebben naar schatting 43.428 vrouwen en meisjes VGV ondergaan. In 2018 lag deze schatting op 40.994. Het aantal meisjes dat in de komende twintig jaar risico loopt op VGV wordt in 2023 geschat op 2.606, tegenover 4.190 in 2018.

De stijging van het aantal vrouwen en meisjes met VGV hangt samen met de groei van de onderliggende populatie. De daling van het geschatte aantal meisjes dat risico loopt, hangt vooral samen met veranderingen in de leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie. Daarnaast is deze daling mede het gevolg van een herziening van de aannames in ons model, met name ten aanzien van het lage risico onder meisjes van de tweede generatie. Bij het verfijnen van het analytisch kader is het risico per generatie opnieuw beoordeeld. Hieruit bleek dat het risico onder meisjes

van de tweede generatie in de eerdere studie te hoog was ingeschat ⁹. In de huidige studie is dit risico daarom bijgesteld. Deze aanpassing sluit aan bij een toenemende hoeveelheid wetenschappelijke literatuur waaruit blijkt dat het risico op VGV binnen de tweede generatie zeer laag is.

Schattingen uit andere Europese landen bieden een nuttig referentiekader om de Nederlandse resultaten in perspectief te plaatsen. In Nederland wordt het aantal meisjes, dat in de komende twintig jaar mogelijk risico loopt op VGV, geschat op ongeveer 2.600. In andere Europese landen lopen de geschatte aantallen uiteen van enkele tientallen tot enkele duizenden meisjes. Zo wordt in Luxemburg het aantal meisjes dat risico loopt geschat tussen 102 en 136. In Oostenrijk ligt deze bandbreedte tussen 735 en 1.083 meisjes, terwijl in Denemarken wordt uitgegaan van ongeveer 1.408 tot 2.568 meisjes. In landen met een grotere populatie meisjes uit landen waar VGV voorkomt, liggen de aantallen hoger. In Spanje bijvoorbeeld, wordt geschat dat tussen 3.435 en 6.025 meisjes mogelijk risico lopen op VGV.

De cijfers zijn echter niet volledig één-op-één vergelijkbaar. Verschillen in databronnen, definities van de risicogroep, gebruikte leeftijdscategorieën en de aannames in de gehanteerde modellen kunnen leiden tot variatie in de uitkomsten. Ook verschilt de samenstelling van de migrantenpopulatie per land, bijvoorbeeld wat betreft herkomstlanden en generatiestructuur. Net als in dit onderzoek zijn de Europese schattingen gebaseerd op extrapolatiemethoden, waarbij prevalentiecijfers uit landen van herkomst worden toegepast op diasporapopulaties. De aantallen moeten daarom vooral worden geïnterpreteerd als een indicatie van de omvang van de potentiële risicopopulatie en niet als het daadwerkelijke aantal meisjes dat in Europa wordt besneden.

3.3 Aanbevelingen

Ons onderzoek laat zien dat er een substantieel grote groep meisjes en vrouwen met VGV in Nederland woont. Gezien de mogelijke lichamelijke, psychische en seksuele gevolgen op korte en lange termijn (e.g., ^{2,3}), laat dit zien hoe belangrijk blijvende aandacht is voor passende zorg en voor het tijdig én zorgvuldig bespreekbaar maken van VGV binnen de zorg. Onderzoek laat zien dat de preventie voor meisjes en zorg voor vrouwen met VGV nog niet overal goed genoeg is georganiseerd. Tekorten in kennis en vaardigheden, communicatie en zorg- en preventiestructuren kunnen ertoe leiden dat (risico op) VGV niet op tijd wordt herkend en dat passende ondersteuning of verwijzing uitblijft ^{37,38}. Dit onderstreept het belang van blijvende investering in deskundigheid, signalering en zorgverlening.

De "Richtlijn Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking door de Jeugdgezondheidszorg" wordt in 2026 geïmplementeerd en de "Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met VGV" ⁶ en "Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen" zijn ontwikkeld om belangrijke knelpunten in de praktijk te ondervangen en professionals meer houvast te bieden in preventie,

signalering en zorg. Juist daarom is het van belang om het gebruik, de toepassing en de opbrengsten van deze documenten structureel te blijven volgen.

Preventie blijft onverminderd belangrijk. In Nederland wonen ongeveer 29.000 minderjarige meisjes afkomstig uit landen waar VGV voorkomt. Het is van belang dat preventieve maatregelen, zoals gerichte voorlichting en signalering binnen de jeugdgezondheidszorg, deze groep daadwerkelijk bereiken. Eerdere studies in Nederland benadrukken dat dit vraagt om professionals met voldoende kennis en handelingszekerheid om signalen te herkennen en hierover op een cultuur sensitieve manier in gesprek te gaan.^{36 39}

Ook is goede samenwerking tussen de organisaties zoals de jeugdgezondheidszorg, onderwijs, Veilig Thuis en andere zorgverleners belangrijk om signalen tijdig te delen en risico's vroeg te bespreken. Tot slot, kan de inzet van sleutelpersonen uit de betrokken gemeenschappen een belangrijke bijdrage leveren in de preventie van VGV. Zij kunnen fungeren als brug tussen professionals en gezinnen en, bijvoorbeeld via voorlichting en dialoog binnen de gemeenschap, bijdragen aan het bespreekbaar maken van het onderwerp en het versterken van preventie.

3.3.1 Reflectie op de onderzoeksmethode

Dit onderzoek maakt gebruik van extrapolatie om de omvang en risico van VGV in kaart te brengen. Deze aanpak is momenteel de best beschikbare methode in Europa, maar kent ook duidelijke beperkingen.

Ten eerste is een foutmarge onvermijdelijk. Er is nog onvoldoende kennis over hoe de situatie van vrouwen en meisjes in Europese landen zich precies verhoudt tot die in de landen van herkomst. Daardoor kunnen schattingen nooit volledig exact zijn en is altijd sprake van een onzekerheidsmarge^{10,11,40-43}. Daarnaast gaat extrapolatie uit van de aanname dat prevalentiecijfers uit landen van herkomst toepasbaar zijn op migrantengroepen in Europa. Deze aanname doet niet altijd recht aan de diversiteit binnen migrantengroepen. Migranten vormen geen willekeurige afspiegeling van de bevolking in het land van herkomst.

Onderzoek laat zien dat migranten vaak andere kenmerken hebben, zoals een relatief hogere sociaaleconomische positie of een hoger opleidingsniveau (selectieve migratie). Bovendien kunnen houdingen en gedrag ten aanzien van VGV na migratie veranderen onder invloed van factoren zoals wetgeving, preventie en veranderende sociale normen. Wanneer deze verschillen groot zijn, kan extrapolatie alleen, onvoldoende zijn om de werkelijke situatie te beschrijven. Dit komt doordat dergelijke veranderingen moeilijk volledig te vangen zijn in een rekenmodel^{21,44}. Dit kan leiden tot zowel een over- als onderschatting van de werkelijke omvang van VGV.

Om met deze onzekerheid om te gaan, wordt in de EIGE Step-by-Step Guide gewerkt met lage en hoge scenario's. Deze scenario's maken inzichtelijk dat het niet om één exact cijfer gaat, maar om een bandbreedte waarbinnen de werkelijke waarde waarschijnlijk ligt. Tegelijkertijd blijven ook deze scenario's gebaseerd op aannames. De gekozen parameters, zoals reductiefactoren voor preventie en acculturatie, zijn

moeilijk empirisch te onderbouwen en kunnen per gemeenschap verschillen. EIGE benadrukt zelf dat de werkelijkheid niet volledig bekend is en dat dit onvermijdelijk leidt tot onzekerheid in de uitkomsten^{10,11,40-43}. De resultaten van dit onderzoek moeten daarom worden geïnterpreteerd als goed onderbouwde schattingen, bedoeld ter ondersteuning van beleid, preventie en zorg, en niet als exacte aantallen.

3.4 Conclusie

Op 1 januari 2023 wonen in totaal 143.709 meisjes en vrouwen in Nederland die afkomstig zijn uit landen waar VGV voorkomt. Van deze groep hebben naar schatting ongeveer 43.428 meisjes en vrouwen een vorm van besnijdenis ondergaan. Daarnaast wonen in Nederland ongeveer 29.000 minderjarige meisjes (0-19 jaar) uit deze landen die mogelijk risico lopen op VGV. Wanneer preventieve maatregelen hen niet bereiken, lopen hiervan naar schatting ongeveer 2.600 meisjes reëel risico om in de komende 20 jaar besneden te worden.

Voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van deze cijfers. Het gaat om schattingen die zijn gebaseerd op aannames, waaronder de veronderstelling dat prevalentiecijfers uit landen van herkomst in zekere mate toepasbaar zijn op migrantengroepen in Nederland. In de praktijk kunnen migranten verschillen van de bevolking in het land van herkomst, en kunnen opvattingen en keuzes rond VGV veranderen na migratie. Dit betekent dat de cijfers niet moeten worden gelezen als een exacte weergave van de werkelijkheid, maar als een indicatie van de mogelijke omvang van VGV en het risico daarop in Nederland. Daarmee dragen zij bij aan het beter zichtbaar maken van het onderwerp en bieden zij richting voor beleid, zorg en preventie.

Referenties

1. World Health Organization. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement – OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA: UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf?ua=1 (2008).
2. Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A. & Vist, G. E. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* **4**, 1–12 (2014).
3. Vloeberghs, E., Van Der Kwak, A., Knipscheer, J. & Van Den Muijsenbergh, M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethn. Health* **17**, 677–695 (2012).
4. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Female genital mutilation: A global concern. <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/> (2024).
5. Pharos. Meisjesbesnijdenis / vgv. <https://www.pharos.nl/thema/meisjesbesnijdenis-vgv/> (2019).
6. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV). Preprint at (2019).
7. United Nations: department of Economic and Social Affairs. The Sustainable Development Goals Report 2021. 1–68 <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf> (2021).
8. Exterkate, M. *Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland: Omvang, Risico Determinanten*. www.pharos.nl (2013).
9. Kawous, R. *et al.* The prevalence and risk of Female Genital Mutilation / Cutting among migrant women and girls in the Netherlands : An extrapolation method. *PLoS One* **15**, 1–16 (2020).
10. European Institute for Gender Equality (EIGE). *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union: Step-by-Step Guide, 2nd Edition*. ([Publications Office of the European Union], 2018).
11. European Union. *European Institute for Gender Equality. Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta: Report*. https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20182889_mh0418456enn_pdf.pdf (2018) doi:10.2839/655910.
12. Morison, L. A., Dirir, A., Elmi, S., Warsame, J. & Dirir, S. How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain : a study among young Somalis in London How Experiences and Attitudes Relating to Female Circumcision Vary According to Age on Arrival in Britain : A. *Ethn. Health* **9**, 75–100 (2004).
13. Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlborn, A., Aregai, R. & Essen, B. ‘never my daughters’: A qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among ethiopian and eritrean families in Sweden. *Health Care Women Int.* **30**, 114–133 (2009).
14. Gele, A. A., Johansen, E. B. & Sundby, J. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health* **12**, 1 (2012).
15. Isman, E., Ekéus, C. & Berggren, V. Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare* **4**, 93–98 (2013).
16. Vogt, S., Charles, E. & Fehr, E. The risk of female genital cutting in Europe : Comparing immigrant attitudes toward uncut girls with attitudes in a practicing country. *SSM Popul. Health* **3**, 283–293 (2017).
17. Gele, A. A., Sagbakken, M. & Kumar, B. Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *Int. J. Womens Health* **7**, 933–943 (2015).
18. Exterkate, M. Female Genital Mutilation in the Netherlands Prevalence, incidence and determinants. https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Female_Genital_Mutilation_in_the_Netherlands_Rapport_Pharos.pdf (2013).
19. Johnsdotter, S. Created by God: How Somalis in Swedish Exile Reassess the Practice of Female Circumcision. 1–291 Preprint at (2002).

20. Newton, R. J. & Glover, J. "I Can't Blame Mum": A Qualitative Exploration of Relational Dynamics in Women With Female Genital Mutilation (FGM) in the United Kingdom. *Violence Against Women* <https://doi.org/10.1177/1077801221994913> (2021) doi:10.1177/1077801221994913.
21. Ziyada, M. M., Norberg-Schulz, M. & Johansen, R. E. B. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: An extrapolation model *Global health. BMC Public Health* **16**, 1–12 (2016).
22. Andro A, Lesclingand M, Cambois E, C. C. *Excision et Handicap (ExH) : Mesure Des Lésions et Traumatismes et Évaluation Des Besoins En Chirurgie Réparatrice.* (2009).
23. Jäger, F., Schulze, S. & Hohlfeld, P. Female genital mutilation in Switzerland: A survey among gynaecologists. *Swiss Med. Wkly.* **132**, 259–264 (2002).
24. Black JA & DeBelle GD. Female genital mutilation in Britain. *BMJ* **310**, 1590–4 (1995).
25. McVeigh, Tracy & Sutton, T. British girls undergo horror of genital mutilation despite tough laws. <https://www.theguardian.com/society/2010/jul/25/female-circumcision-children-british-law> (2010).
26. Zeitung, N. Z. Bedingte Freiheitsstrafen wegen Beschneidung der Tochter. https://www.nzz.ch/elternpaar_wegen_beschneidung_seiner_tochter_verurteilt-1.769848 (2008).
27. Pharos. The Dutch chain approach. <https://www.pharos.nl/english/female-genital-mutilation/the-dutch-chain-approach/> (2021).
28. UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change.* (2013).
29. Agboli, A. A., Richard, F. & Aujoulat, I. 'when my mother called me to say that the time of cutting had arrived, i just escaped to Belgium with my daughter': Identifying turning points in the change of attitudes towards the practice of female genital mutilation among migrant women in Belgium. *BMC Womens Health* **20**, 1–11 (2020).
30. Ali, S., De Viggiani, N., Abzhaparova, A., Salmon, D. & Gray, S. Exploring young people's interpretations of female genital mutilation in the UK using a community-based participatory research approach. *BMC Public Health* **20**, (2020).
31. Kawous, R. *et al.* Attitude and intention of migrant populations in the Netherlands regarding female genital mutilation/cutting. *BMC Womens Health* **22**, (2022).
32. Linde, D. S., Harakow, H. I. & Jaafar, N. Attitudes towards and health consequences of female genital mutilation/cutting: A qualitative study among Somali and Kurdish immigrants and descendants in Denmark. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. X* **22**, (2024).
33. Wahlberg, A., Johnsdotter, S., Selling, K. E., Källestål, C. & Essén, B. Baseline data from a planned RCT on attitudes to female genital cutting after migration: When are interventions justified? *BMJ Open* **7**, (2017).
34. Snead, M. C. *et al.* Female genital mutilation/cutting experiences and attitudes among women from countries with high prevalence of FGM/C living in the United States: findings from the women's health needs study. *Reprod. Health* **23**, 47 (2026).
35. Duijvelde, I. van, Groen, L., Knapp, M. & Nooijer, A. de. Signaleren en melden van vrouwelijke genitale verminking. *AEF KNAPP ADVISORY SERVICES* 1–61 <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2021/05/10/signalere-n-en-melden-van-vrouwelijke-genitale-verminking/signaleren-en-melden-van-vrouwelijke-genitale-verminking.pdf> (2021).
36. Evans, C. *et al.* Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *PLoS One* **14**, (2019).
37. Middelburg, A. & Van Laake, C. *Over Grenzen.* www.right-to-rise.com (2025).
38. Geraci, D. & Kawous, R. *Vrouwelijke Genitale Verminking: - Omvang En Risico in Nederland: Een Kennissynthese.* (2019).
39. European Union. *European Institute for Gender Equality. Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union Report.* (Belgium, 2015).
40. Van Baelen, L., Ortensi, L. & Leye, E. Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* **21**, 474–482 (2016).
41. Cappa, C., Van Baelen, L. & Leye, E. The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to measurement. *Glob. Public Health* **0**, 1–14 (2019).

42. Leye E, Mergaert L, Arnaut C, O. G. S. Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: interpreting existing evidence in all EU Member States. *Genus* **1**, 99–121 (2014).
43. Ortensi, L. E., Farina, P. & Menonna, A. Improving estimates of the prevalence of female genital mutilation/cutting among migrants in western countries. *Demogr. Res.* **32**, 543–562 (2015).