

rivm

Rapport 295001017/2010

E.I.M. Pijpers | M. Exterkate | M. de Jager

Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg

RIVM-rapport 295001017

**Standpunt
Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)
door de Jeugdgezondheidszorg**

F.I.M. Pijpers
M. Exterkate
M. de Jager

Contact:
F.I.M. Pijpers, Centrum Jeugdgezondheid
FPijpers@NCJ.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

© RIVM 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Nederland beschouwt de besnijdenis van meisjes als een ernstige en onherstelbare vorm van mishandeling, een fundamentele schending van de mensenrechten en van de lichamelijke integriteit. De overheid wijst het daarom af: het is bij wet verboden en dient te worden voorkomen en bestreden. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een belangrijke taak om besnijdenis te voorkomen door het gesprek aan te gaan met de etnische groeperingen die deze praktijk bezigen. Dat staat in het Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg. Het standpunt is ontwikkeld door het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM, in samenwerking met Pharos.

Het standpunt is ontwikkeld op basis van experimenten in de grote steden van Nederland. GGD-en hebben samen met de etnische groepen en samenwerkingspartners een aanpak ontwikkeld om besnijdenis bespreekbaar te maken, het risico erop in te schatten, de juiste hulp aan te bieden bij een voorgenomen besnijdenis of bij problemen als het heeft plaatsgevonden. De experimenten hebben het onderwerp uit de taboesfeer gehaald en ouders aan het denken gezet over de gevolgen ervan voor hun dochter(s).

JGZ vervult een belangrijke rol, omdat zij in principe in contact komt met alle meisjes vanaf hun geboorte. JGZ werkt hierbij nauw samen met samenwerkingspartners zoals zelforganisaties, verloskundigen, kraamzorg, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en het Advies- en Meldpunten Kindermishandeling.

Het besnijden van meisjes is een eeuwenoud cultureel gebruik in Afrikaanse landen en bij bepaalde bevolkingsgroepen in het Nabije Oosten, Azië en Zuid-Amerika. Praktiserende gemeenschappen die naar het Westen zijn gemigreerd, hebben het gebruik meegenomen, zo ook naar Nederland. Meer informatie staat op meisjesbesnijdenis.nl.

In Nederland wordt de term vrouwelijke genitale verminking (VGV) gebruikt om aan te geven dat het niet wordt getolereerd. Om het gesprek aan te gaan met de doelgroep gebruiken preventiewerkers in de praktijk de minder confronterende term ‘meisjesbesnijdenis’.

Abstract

Dutch society rejects Female Genital Mutilation (FGM) outright. FGM is a very serious form of child abuse, a fundamental breach of human rights and a degradation of the human body's integrity and must not be tolerated.

FGM is an age old tradition in a number of African countries, within some groups in the Middle East and Asia and also in South America. Prevalence in the latter countries is not known. Information is available on www.meisjesbesnijdenis.nl. Four types of FGM are recognized.

FGM is usually performed on girls between 4 to 12 years old. Migration may influence the age at which FGM is performed.

FGM came to the Netherlands in the eighties when large groups of refugees from African countries sought asylum. FGM is still performed within these groups living in the Netherlands.

The term FGM is used in the Netherlands to express the severity of the practice in a country where FGM is not tolerated. However, professionals in prevention and care prefer to use the term 'girl circumcision' (meisjesbesnijdenis) because for some people the term FGM is so confrontational that it is not possible to talk about the subject. 'Girl circumcision' is less confrontational and provides the possibility to talk about the diverse aspects of FGM, such as criminality and the health consequences.

Youth Health Care (YHC) plays a central role in the prevention of FGM, because YHC regularly examines all girls from birth until the age of 18. YHC contributes by providing information and discussing FGM with the parents. YHC also cooperates closely with key people in the groups themselves, midwives, maternity care, GP's, gynecologists, pediatricians and the Office for Advice and Report of Child Abuse (Advies en Meldpunt Kindermishandeling).

The YHC-professional discusses all aspects of FGM, assesses the risks of FGM, acts when FGM is suspected and offers help if there are problems resulting from FGM. Providing information, both individually and in groups, about the functions of the human body, sexuality and the consequences of FGM is vital. YHC-professionals also help to get the message across that FGM is prohibited by law and that imprisonment is inevitable, because violation of the integrity of the human body, violation of the rights of the child and the health consequences are all unacceptable.

Inhoud

Samenvatting		9
1	Inleiding	11
1.1	Opdracht en werkwijze	11
2	Begripsomschrijvingen	13
2.1	Meisjesbesnijdenis of Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)	13
2.2	Typen van VGV	13
2.3	Jeugdgezondheidszorg	14
3	Achtergrond VGV	15
3.1	Incidentie en prevalentie	15
3.2	Gezondheidsrisico's	17
3.3	Sociaal-maatschappelijke aspecten	18
4	Juridische context	21
4.1	VGV en kindermishandeling	21
4.2	Voor de VGV relevante wetgeving in Nederland	21
5	Werkwijze Jeugdgezondheidszorg	23
5.1	Uitgangspunten	23
5.2	JGZ-activiteiten inkaderen in brede aanpak VGV	23
5.3	Contactmomenten	24
5.4	Gespreksvoering	25
5.5	Risicotaxatie	27
5.6	Registratie VGV in de Basisdataset JGZ	28
5.7	Verklaring tegen VGV	30
5.8	Voorkomen van eventuele gevolgen van een uitgevoerde VGV	30
5.9	Samenwerking met verloskundigen en kraamzorg	32
5.10	Voorkomen van eventuele gevolgen van een uitgevoerde VGV	32
5.11	Samenwerking met het onderwijs	34
5.12	Rol van huisarts en andere hulpverleners	35
5.13	Landelijke relevante organisaties	35
6	Randvoorwaarden voor implementatie	37
6.1	Selectieve preventie	37
6.2	Organisatiebeleid	37
6.3	Verantwoordelijkheden van de gemeente	39

7	Literatuur	41
8	Lijst van afkortingen	43
	Bijlage 1: Overzicht werkgroepleden, geraadpleegde organisaties en personen	45
	Bijlage 2: Afbeelding typen Vrouwelijke Genitale Verminking	47
	Bijlage 3: VGV-aandachtspunten in de verschillende contactmomenten	49
	Bijlage 4: Motiverende gespreksvoering	53
	Bijlage 5: Voorbeeldzinnen voor gesprekken over VGV	55

Samenvatting

Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) is een ernstige, vaak onherstelbare vorm van mishandeling. VGV is in Nederland bij wet verboden, vanwege de onaanvaardbare aantasting van de lichamelijke integriteit van meisjes, de rechten van het kind en de gezondheidsrisico's. Het is een oud cultureel gebruik waarvan de herkomst niet duidelijk is. Het besnijden van meisjes is geen religieuze verplichting en wordt in de Koran en in de Bijbel niet genoemd. VGV wordt ook gepraktiseerd bij mensen met andere geloofsovertuigingen.

In navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt in Nederland de term VGV gebruikt om er geen misverstand over te laten bestaan dat het een zeer ernstig probleem is en dat het niet wordt getolereerd. Bij een aantal mensen dat VGV praktiseert, kan de term echter zo confronterend zijn dat een gesprek hierover niet meer mogelijk is. In gesprekken met ouders uit de doelgroep ligt daarom de voorkeur bij de term 'meisjesbesnijdenis'. Het klinkt minder veroordelend en de kans in gesprek te raken wordt vergroot.

Om deze vorm van mishandeling en verminking in Nederland uit te kunnen bannen is een brede aanpak met zowel preventieve als repressieve maatregelen ingezet; van voorlichting en signalering door professionals in de jeugdgezondheidszorg en het onderwijs tot opvolging van meldingen door het AMK (Advies en Meldpunt Kindermishandeling) en optreden van de Raad voor de Kinderbescherming, de politie en het Openbaar Ministerie. Omdat VGV een oud gebruik is, spelen ook zelforganisaties en sleutelpersonen uit etnische groepen uit landen waar deze culturele gewoonte een belangrijke rol in de preventie van VGV. De gemeente is op lokaal niveau verantwoordelijk voor dit beleid. Beleidsvoorbereiding is voor dit onderwerp vaak aan de GGD opgedragen. Ook voert de GGD meestal de regie over de uitvoering.

In de landelijke aanpak spelen verloskundigen een grote rol omdat ze met alle zwangeren in contact komen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft na de geboorte een centrale rol, omdat zij in potentie met alle meisjes die risico kunnen lopen in contact komt. JGZ draagt door voorlichting te geven en het gesprek aan te gaan bij aan het voorkomen van VGV. JGZ werkt in de preventie van VGV samen met ketenpartners zoals zelforganisaties, verloskundigen, kraamzorg, huisartsen, gynaecologen en het AMK.

In een aantal reguliere contactmomenten zijn productgroepen van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (BTP JGZ) aan de orde waarbij voorlichting en gesprek over VGV goed kunnen aansluiten. Dit wil niet zeggen dat er in de tussenliggende periode geen aandacht aan VGV zou moeten worden besteed, ook extra contactmomenten en huisbezoeken kunnen worden ingezet.

Het doel van de contacten is voorkomen van VGV. Verminderen of zo veel mogelijk voorkomen van de gevolgen van VGV kan aan de orde zijn bij meisjes die besneden zijn. Het gesprek over VGV heeft als doelen:

- inschatten van het risico dat dit meisje op dit moment loopt om besneden te worden;
- duidelijk maken dat VGV een normaal onderwerp van gesprek en voorlichting is in de contacten met het JGZ-team en je aanbieden als gesprekspartner;
- duidelijk maken dat VGV verboden is in Nederland en meegeven van de verklaring tegen VGV;
- signaleren van besneden meisjes en de gevolgen van de ingreep om vervolgens in overleg met het AMK hulp te kunnen bieden;

- voorlichting geven over de medische risico's van VGV; bevorderen van kennis van het eigen lichaam en inzicht in de relatie tussen gezondheidsklachten en besnijdenis.

De ervaring in de VGV-pilots in zes grote steden leert dat het bespreken van VGV niet moeilijker is dan het bespreken van andere lastige onderwerpen en niet door ouders onderkende problemen.

Belangrijke randvoorwaarden zijn adequate deskundigheid motiverende gesprekstechniek, kennis van de achtergronden), beschikbare tijd en een Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) dat de risicotaxatie en registratie ondersteunt. De aandachtsfunctionaris die zich bezighoudt met de preventie van kindermishandeling kan heel goed ook de preventie van VGV als taak hebben.

1 Inleiding

De Nederlandse maatschappij wijst elke vorm van geweld in afhankelijkheidsrelaties af. Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) is een ernstige en onherstelbare vorm van mishandeling en wordt dan ook afgewezen. VGV is een fundamentele schending van de mensenrechten en de lichamelijke integriteit. VGV dient te worden bestreden.

VGV is in Nederland eind jaren tachtig van de vorige eeuw bekend geworden met de komst van Somaliërs, één van de grootste groepen vluchtelingen in Nederland. Het besnijden van Somalische en mogelijk ook andere migrantenmeisjes woonachtig in Nederland lijkt nog steeds daadwerkelijk plaats te vinden.

Na een discussie in de Tweede Kamer heeft de Nederlandse regering in augustus 2005 een duidelijk standpunt ingenomen over VGV: het is 'een vorm van geweld waar het kabinet zo snel mogelijk een einde aan wil maken in Nederland'. Het kabinet koos voor een tweesporenbeleid. Er is een brede aanpak ingezet van zowel preventieve als repressieve maatregelen; van voorlichting geven en signaleren door professionals in jeugdgezondheidszorg (JGZ) en onderwijs tot het opvolgen van meldingen door het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en optreden van de Raad voor de Kinderbescherming, de politie en het Openbaar Ministerie (OM).

In 2004 heeft de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) een stappenplan VGV uitgebracht waarin zij aangaf wat de rol van de jeugdarts en jeugdverpleegkundigen zou kunnen zijn. Dit is door de AJN in samenwerking met LSVV, Actiz, V&VN, GGD Nederland, MOA, Pharos en FSAN uitgewerkt in het Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis (Eerdenburg, 2005) [1].

In 2006 zijn pilots gestart in de zes steden met de grootste risicogroepen. Deze pilots werden gekenmerkt door met een brede aanpak van preventie en bestrijding van VGV, een combinatie van voorlichting door sleutelpersonen uit de doelgroep zelf en preventieve activiteiten door de JGZ. JGZ speelt een grote rol in een keten met zelforganisaties, verloskundigen, kraamzorg, huisartsen, gynaecologen, AMK's en anderen.

De evaluaties van de pilots door B&A (Van Koert et al., 2008) [2] en het Bureau van Montfoort (Van Burik et al., 2009) [3] lieten beide zien, dat er veel in de pilots is bereikt, maar dat een aantal verbeterpunten nodig was.

Ook in asielzoekerscentra is veel ervaring opgedaan met collectieve preventie van VGV. Vroeg na binnenkomst in Nederland wordt gezondheidsvoorlichting gegeven met behulp van sleutelfiguren die gekoppeld zijn aan JGZ-medewerkers zodat signalen op de juiste plek terecht komen. Deze rolverdeling is erg functioneel gebleken.

1.1 Opdracht en werkwijze

Het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin heeft naar aanleiding van de evaluaties van de VGV-pilots het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid opdracht gegeven om in samenwerking met Pharos, beroepsgroepen en JGZ-organisaties en afgestemd op de aanpak in aanpalende sectoren een standpunt Preventie van VGV door de Jeugdgezondheidszorg op te stellen. Het standpunt moet de JGZ-professional ondersteunen bij het voorkomen en signaleren van (de gevolgen van) VGV.

In samenwerking met een werkgroep 'Preventie van VGV door de JGZ' bestaande uit vertegenwoordigers van AJN, fractie Jeugd van V&VN, NVDA, pilots, GGD Nederland, Actiz en GGD NL/PGA is een standpunt opgesteld. Dit is aan de Richtlijn Advies Commissie (RAC) van de jeugdgezondheidszorg voorgelegd en het concept heeft één maand op de websites van het Centrum Jeugdgezondheid, brancheorganisaties en beroepsverenigingen gestaan voor consultatie van het veld. Het commentaar is in de werkgroep besproken en in het standpunt verwerkt. De werkgroep kwam viermaal bijeen. Tot slot is het standpunt aan de Adviesraad van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid voorgelegd.

Het Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis (Eerdenburg, 2005) [1] vormt de basis voor het standpunt. Dit gespreksprotocol is uitgetest in de zes pilotsteden en door B&A en door Van Montfoort geëvalueerd. Ook heeft Pharos een review van het gebruik gemaakt. Daarnaast is er gebruikgemaakt van een aantal recente documenten zoals het Handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen.

JGZ-Richtlijn Secundaire Preventie van Kindermishandeling

VGV is een bijzondere vorm van kindermishandeling. Daarom is het standpunt afgestemd op de JGZ-Richtlijn Secundaire Preventie van Kindermishandeling. Samenwerkingspartners zijn grotendeels dezelfde. Wet- en regelgeving die van toepassing is op kindermishandeling is ook van toepassing op VGV. Op deze wetgeving wordt in dit standpunt dan ook niet nader ingegaan. Deze is te vinden in de Richtlijn Secundaire Preventie van Kindermishandeling. Wel wordt ingegaan op het juridische kader dat specifiek voor VGV is. In de toekomst zal bekeken moeten worden hoe beide documenten tot één enkele richtlijn ineengevoegd kunnen worden.

2 Begripsomschrijvingen

2.1 Meisjesbesnijdenis of Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV)

In Nederland wordt de term ‘vrouwelijke genitale verminking’ (VGV) gebruikt, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), om er geen misverstand over te laten bestaan dat het een zeer ernstig probleem is en dat VGV niet wordt getolereerd. De Engelse naam voor VGV is female genital mutilation (fmg) of female genital cutting (fgc)

Het gebruik van de term VGV positioneert het probleem duidelijk, maar kan bij mensen die uit groepen komen die VGV praktiseren zo confronterend werken dat een gesprek hierover niet meer mogelijk is. In de preventie ligt daarom de voorkeur bij de term ‘meisjesbesnijdenis’, omdat het minder veroordelend klinkt, en het daardoor de kans vergroot om met deze groepen in gesprek te geraken.

2.2 Typen van VGV

VGV is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen, waar geen medische noodzaak voor is. De volgende typologie (WHO, 2008) wordt toegepast. Zie ook de afbeeldingen in Bijlage 3.

Type 1. Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid. Dit type wordt clitoridectomie genoemd.

Type 2. Gedeeltelijk of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen. Dit wordt ook excisie genoemd.

Type 3. Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris. Dit wordt ook infibulatie genoemd.

Type 4. Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

Het standpunt richt zich op VGV die uitgevoerd wordt als een oud cultureel gebruik.

Ook worden de termen ‘defibulatie’ en ‘herinfibulatie’ gebruikt. Defibulatie is het vergroten van de opening of het opheffen van de obstructie, meestal vóór het huwelijk of een bevalling. Herinfibulatie is het opnieuw hechten van de resterende delen van de schaamlippen, onder meer na een bevalling, waardoor de vaginale opening opnieuw kleiner wordt gemaakt tot de oorspronkelijke opening van na de besnijdenis.

Sunna: zou staan voor een milde vorm van VGV, of slechts het prikken in de clitoris tot een druppeltje bloed ontstaat. Echter, in de praktijk blijkt ‘sunna’ een verzamelbegrip te zijn voor alle vormen van VGV. In bepaalde groepen wordt ‘sunna’ niet als VGV gezien. Daarom is het altijd nodig om door te vragen tot er helderheid is verkregen over wat er precies bedoeld wordt!

Wanneer we in dit standpunt praten over VGV, dan gaat het nadrukkelijk niet om vragen over correctie van littekens van reguliere medische ingrepen of verzoeken tot cosmetische correctie van de genitalia externa. Hiervoor wordt verwezen naar het Modelprotocol Labiumreductie (NVPC en NVOG, 2008) [4]. Deze is te downloaden op <http://www.nvog-documenten.nl/>.

2.3 Jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is preventieve gezondheidszorg. De missie is er op gericht de veiligheid, groei en ontwikkeling van het kind en de jongere te bevorderen, te bewaken en te beschermen ter voorkoming van gezondheidsbedreigingen. De JGZ volgt de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van jeugdigen en stelt de bevordering hiervan op individueel en populatieniveau centraal. Daarnaast informeert de JGZ kind en ouder over gezond gedrag, signaleert (dreigende) stoornissen en zorgt voor adequate begeleiding of doorverwijzing. De JGZ versterkt de opvoedkracht van ouders door het geven van opvoedingsondersteuning. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de JGZ zijn neergelegd in de Wet Publieke Gezondheid (2008).

De JGZ heeft geen opsporingstaak gericht op strafrechtelijke vervolging van VGV, maar richt zich op het voorkomen van VGV door ouders er van te overtuigen hun dochter niet te besnijden. Ook leidt de JGZ een besneden meisje toe naar de juiste hulpverlening.

De JGZ geeft ook de zorg aan kinderen van asielzoekers. Deze preventieve gezondheidszorg voor asielzoekers (PGA) is reguliere jeugdgezondheidszorg met een andere financieringsbron. Het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) financiert deze zorg.

3 Achtergrond VGV

3.1 Incidentie en prevalentie

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat het aantal besneden meisjes en vrouwen in de wereld tussen 100 en 140 miljoen. Elk jaar lopen 3 miljoen meisjes het risico besneden te worden.

VGV is een eeuwenoud gebruik in 28 Afrikaanse landen (zie geografische kaart), en bij bevolkingsgroepen in een aantal landen in het Nabije Oosten (zoals Jemen) en Azië (zoals Indonesië, Koerdistan), maar ook een aantal in Zuid-Amerika. De prevalentie in de laatst genoemde landen is niet bekend. Door migratie van de praktiserende gemeenschappen is het gebruik meegenomen naar Europa, Australië, Nieuw-Zeeland en Noord-Amerika.

In Somalië, Djibouti, Eritrea en Noord-Soedan wordt meestal de meest ingrijpende vorm – infibulatie – toegepast.

Besnijdenis vindt meestal plaats bij jonge meisjes. De leeftijd is afhankelijk van lokale tradities en omstandigheden, maar VGV vindt meestal plaats op de leeftijd tussen 4 en 12 jaar. In een aantal culturen wordt een paar dagen na de geboorte al besneden. Ook kan VGV nog tot vlak voor het huwelijk plaatsvinden. In Somalië ligt de leeftijd waarop meisjes worden besneden tussen 6 en 10 jaar, vóór de eerste menstruatie. Migratie kan bijdragen aan besnijdenis op een andere leeftijd. Er gaan verhalen dat families in Nederland meisjes naar het buitenland sturen om de ingreep daar te laten uitvoeren. De ingreep gebeurt dan vaak tijdens schoolvakanties, zodat de meisjes voldoende kunnen herstellen.

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat er op 1 januari 2009 ongeveer 56.000 vrouwen in Nederland wonen die afkomstig zijn uit landen waar VGV van oudsher voorkomt. Het gaat hierbij vooral om vrouwen uit Somalië, Ghana en Egypte. Onder hen bevinden zich circa 25.000 meisjes jonger dan negentien jaar. Asielzoekers en niet legaal in Nederland verblijvende vrouwen en meisjes vallen buiten deze cijfers.

Er zijn geen harde cijfers over het voorkomen van VGV in Nederland. In 2008 rapporteerden verloskundigen (Korfker et al., 2009) [5] een prevalentie van VGV, retrospectief gemeten in de verloskundigenpraktijk, van ruim 3 besneden vrouwen op de 1000 zwangere vrouwen in Nederland.

Voorkomen VGV in het land van herkomst

In de geografische kaart van figuur 1 wordt aangegeven wat het percentage besneden vrouwen in een aantal Afrikaanse landen is. Meer informatie is te verkrijgen op www.meisjesbesnijdenis.nl. Ook blijkt uit onderzoek, dat VGV ook gepraktiseerd wordt in andere landen. In de Koerdische autonome regio in Noord-Irak ondergaat 73% van de vrouwen een besnijdenis. In de volgende landen zijn gevallen van VGV gerapporteerd, maar zijn geen landelijke prevalentie cijfers bekend: India, Indonesië, Israël, Maleisië, de Verenigde Arabische Emiraten. Daarnaast zijn er verhalen bekend over VGV uit de volgende landen, maar deze kunnen niet worden onderbouwd: Colombia, Oman, Peru en Sri Lanka.

Tabel 1: meisjes tot 19 jaar woonachtig in Nederland, gerangschikt naar het land van herkomst

Land van herkomst (CBS: 2009)	Totaal	Land van herkomst (CBS: 2009)	Totaal
Benin	60	Kenia	654
Burkina Faso	103	Liberia	648
Centr-Afrik. Rep.	13	Mali	67
Democratische Republiek Congo	1.773	Mauritanië	46
Djibouti	54	Niger	52
Egypte	4.081	Nigeria	2.210
Eritrea	221	Oeganda	200
Ethiopië	1.843	Senegal	307
Gambia	174	Sierra Leone	913
Ghana	3.826	Soedan	1.133
Guinee	541	Somalië	4.398
Guinee-Bissau	49	Tanzania	445
Ivoorkust	269	Togo	285
Jemen	103	Tsjaad	26
Kameroen	491		
Totaal aantal meisjes tot 19 jaar: 24.985			

3.2 Gezondheidsrisico's

De kans op lichamelijke klachten en medische complicaties is bij VGV groot, zowel tijdens de ingreep als ook daarna. Bij infibulatie komen de meeste klachten voor. VGV kan ook psychische klachten en seksuele problemen veroorzaken.

Directe gevolgen tijdens en direct na de ingreep:

- extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt);
- klachten bij urinelozing (pijn bij plassen, ophoping urine in de blaas);
- overmatig bloedverlies;
- kans op infectie;
- kans op overlijden van het meisje.

Mogelijke gevolgen na de ingreep:

- pijnlijke seksuele gemeenschap;
- mogelijk verlies seksuele functie en gevoel;
- medisch ingrijpen om seksuele gemeenschap en bevalling mogelijk te maken;
- menstratieklachten en moeilijke en/of pijnlijke urinelozing;
- urineweginfectie;
- chronische pijn in de onderbuik;
- onvruchtbaarheid door gynaecologische infecties;
- littekenvorming;
- moeilijk inwendig onderzoek (uitstrijkje);
- obstetrische complicaties en fistelvorming met incontinentie voor urine en feces tot gevolg;
- in latere fase psychosomatische en psychosociale problemen.

3.3 Sociaal-maatschappelijke aspecten

VGV is een oud cultureel gebruik waarvan de herkomst niet duidelijk is. Het besnijden van meisjes wordt in de Koran en in de Bijbel niet genoemd.

Ouders laten de besnijdenis uitvoeren omdat het meisje anders geen kans heeft ooit een man te krijgen, dus om haar toekomst veilig te stellen. Huwbaarheid is de meest constante factor in de afwegingen, naast collectiviteit. Mensen zitten gevangen in hun sociale norm: omdat alle anderen hun dochters laten besnijden, is een ieder gedwongen mee te doen. Het besnijdenisritueel wordt gezien als een vreugdevolle gebeurtenis, een feest, dat het meisje volwaardig toegang biedt tot de gemeenschap. Het is een eeuwenoude traditie en de familiedruk om deze in stand te houden is groot. De volgende redenen worden gegeven:

- besnijden bepaalt mede de vrouwelijke etnische identiteit van het meisje. Het markeert de toetreding tot de eigen groep of samenleving. Dit heeft te maken met opvattingen, waarden en normen rond zaken als maagdelijkheid, kuisheid en reinheid;
- besnijden bepaalt mede de vrouwelijke etnische identiteit van het meisje. Het markeert de toetreding tot de eigen groep of samenleving. Dit heeft te maken met opvattingen, waarden en normen rond zaken als maagdelijkheid, kuisheid en reinheid;
- besnijden beschermt de maagdelijkheid van het meisje;
- besnijden vergroot haar huwelijkskansen;
- besneden zijn lijkt voor de ouders de enige manier om hun dochters een respectabel leven te laten leiden;
- niet besneden meisjes worden beschouwd als onrein. Er wordt hen ongeremd seksueel gedrag toegedicht en zij kunnen worden verstoten;
- een aantal vrouwen gelooft dat, door een kleine opening, ze hun mannen meer genot geven dan een niet besneden vrouw. Mannen zijn extra gul en vriendelijk na de herinfibulatie na de bevalling. De vrouwen geven aan dat mannen er van genieten dat de opening weer klein is (Gruenbaum, 2001) [6].

Veel vrouwen ervaren klachten ten gevolge van besnijdenis niet als samenhangend met de besnijdenis, maar als behorend bij het vrouw zijn. Vaak gaat dit samen met onbekendheid met het menselijke lichaam en de verschillende lichamelijke functies. Voorlichting over het menselijke lichaam (biologie) en seksualiteit behoeft daarom aandacht. Het feit dat klachten niet gerelateerd worden aan de besnijdenis, maakt een gesprek over niet-besnijden moeilijk. Wanneer vrouwen wel de relatie leggen tussen besnijdenis en gezondheidsrisico's, is een gesprek mogelijk over het niet accepteren van VGV in Nederland. Besef wel dat na de bewustwording, zoals bij veel slecht nieuws boodschappen een proces kan optreden van eerst woede, afzetten tegen en schuld, voordat er acceptatie is.

Steeds meer Afrikaanse landen spreken zich uit tegen VGV. Het Maputo-protocol (2003) [7] is gericht op het versterken en bevorderen van rechten van vrouwen op het Afrikaanse continent. Geweld tegen vrouwen, waaronder VGV, wordt hierin veroordeeld. Inmiddels hebben 45 van de 53 Afrikaanse landen het protocol ondertekend en hebben 27 het geratificeerd, waaronder 13 landen waar VGV wordt gepraktiseerd.

Protocol to The African Charter On Human And Peoples' Rights On The Rights Of Women In Africa

Article 5b of the Elimination of Harmful Practices

States Parties shall prohibit and condemn all forms of harmful practices which negatively affect the human rights of women and which are contrary to recognized international standards. States parties shall take all necessary legislative and other measures to eliminate such practices, including:

- b) prohibition, through legislative measures backed by sanctions, of all forms of female genital mutilation, scarification, medicalization and para-medicalisation of female genital mutilation and all other practices in order to eradicate them.

Kader 1: het Maputo-protocol

4 Juridische context

4.1 VGV en kindermishandeling

VGV is een ernstige vorm van kindermishandeling. Alle wetgeving die van toepassing is op kindermishandeling zoals het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IRVK)¹ is van toepassing op VGV. Uitgebreidere informatie is te vinden in de de JGZ-Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Deze is te downloaden op www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen. Om overlap en de kans op tegenstrijdigheden te voorkomen wordt op deze wet- en regelgeving in het standpunt niet ingegaan. Wel wordt wetgeving specifiek voor VGV in dit hoofdstuk beschreven.

Bij onzekerheid over de implicaties van handelen, kunnen (jeugd)artsen die lid zijn van de federatie KNMG advies vragen bij de Artseninfolijn van de KNMG (030-2823322). De KNMG heeft een meldcode Kindermishandeling. Jeugdverpleegkundigen die lid zijn van V&VN kunnen hiervoor terecht bij de koepel Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN, tel 030-2919050). De V&VN ontwikkelt een meldcode voor verplegenden en verzorgenden. Een alternatief kan in een aantal gevallen de jurist van de eigen organisatie zijn.

4.2 Voor de VGV relevante wetgeving in Nederland

VGV wordt gezien als een schending van het recht op leven, het verbod op marteling, het recht op gezondheid en het recht op lichamelijke integriteit. Dit volgt uit internationale en regionale rechtenverdragen zoals het VN-Vrouwenverdrag, het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IRVK) en het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden.

IRVK Artikel 19 Bescherming tegen kindermishandeling

Het kind heeft recht op bescherming tegen alle vormen van lichamelijke en geestelijke mishandeling en verwaarlozing zowel in het gezin als daarbuiten. De overheid neemt maatregelen ter preventie en signalering hiervan en zorgt voor opvang en behandeling.

Kader 2: IRKV Artikel 19 Bescherming tegen kindermishandeling

De Nederlandse overheid heeft, evenals een aantal andere Europese landen, alle vormen van VGV verboden. VGV is in Nederland strafbaar als vorm van mishandeling (art. 300-304, 307, 308 Wetboek van Strafrecht, WvSr). Er staat een maximale gevangenisstraf van twaalf jaar op of een geldboete van maximaal 74.000 euro. Wanneer de ingreep wordt verricht door een niet-arts die daartoe geen opdracht heeft gekregen van een arts, valt deze tevens onder het onbevoegd uitoefenen van een voorbehouden handeling in de zin van de Wet BIG. Artsen die meewerken aan meisjesbesnijdenis, kunnen bovendien worden berecht op grond van het medisch tuchtrecht.

¹ www.kinderrechten.nl

Als een VGV door een ouder zelf wordt uitgevoerd op zijn/haar eigen dochter, of een kind over wie hij/zij het gezag uitoefent of die hij/zij verzorgt of opvoedt als behorend tot zijn/haar gezin, kan de gevangenisstraf met een derde worden verhoogd (art. 304 sub 1 WvSr). Ook als de ouders opdracht geven, hiervoor betalen, middelen leveren waarmee de VGV wordt uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis, zijn zij strafbaar. Deze handelingen worden volgens de Nederlandse strafwet beschouwd als uitlokking, medeplichtigheid of mededaderschap (art. 47 en 48 WvSr).

Vervolging

Een verdachte kan worden vervolgd voor een in het buitenland uitgevoerde VGV, indien de verdachte de Nederlandse nationaliteit heeft of in Nederland een vaste woon- of verblijfsplaats heeft (WvSr 1 februari 2006).

Vanaf 1 juli 2009 is de verjaringstermijn verlengd. Een vrouw heeft tot het moment waarop zij de leeftijd van 38 jaar bereikt de mogelijkheid om aangifte te doen van haar besnijdenis.

De overheid heeft geen bevoegdheden om groepen burgers te verplichten mee te werken aan lichamelijk onderzoek met het doel VGV op te sporen. Bewijs verkregen bij afgedwongen controle zal door de rechter onrechtmatig worden verklaard. Deze maatregel is dus niet effectief bij het opsporen en vervolgen van VGV.

Medisch onderzoek minderjarige

Een aandachtspunt is medisch onderzoek van meisjes. Onder toezicht stellen (OTS) beperkt het gezag van ouders, maar hun toestemming blijft vereist voor een medisch onderzoek indien het meisje nog geen twaalf jaar is. De toestemming van de ouders kan worden vervangen door die van de kinderrechter. Bureau Jeugdzorg kan dit verzoeken op grond van art. 1:264 BW. Wanneer het meisje twaalf jaar is maar nog geen zestien, is zowel toestemming van de ouders als van het meisje nodig voor medisch onderzoek. Is het meisje zestien jaar of ouder, dan is geen toestemming van de ouders meer nodig. Zie ook het handelingsprotocol Vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen.

Vreemdelingenrecht

In het vreemdelingenrecht kan het risico van besnijdenis een reden zijn voor verblijfsrecht. De relatie tussen gezondheidskwesties, risico's op mishandeling en verblijfsrecht is complex en voorlichting over het vreemdelingenrecht hoort dan ook niet thuis bij de jeugdgezondheidszorg. Wanneer in een gesprek met een asielzoek(st)er of een andere vreemdeling(e) een relatie wordt gelegd tussen verblijfsrecht in Nederland en vrouwenbesnijdenis kunt u de ouder of het meisje adviseren deze vragen voor te leggen aan de rechtshulp.

5 Werkwijze Jeugdgezondheidszorg

5.1 Uitgangspunten

Kinderen in Nederland hebben recht op bescherming door de overheid.

In Nederland zijn alle vormen van VGV bij wet verboden, ter bescherming van de gezondheid van het kind.

De JGZ speelt een centrale rol bij de preventie van VGV, omdat zij in potentie in contact komen met alle meisjes. Door voorlichting te geven en het gesprek aan te gaan kan JGZ bijdragen aan het voorkomen van VGV. De JGZ werkt hierbij nauw samen met ketenpartners zoals zelforganisaties, verloskundigen, kraamzorg, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en de AMK's.

De rol van de JGZ-professional is het bespreekbaar maken van VGV, het taxeren van het risico op VGV, actie ondernemen bij (een vermoeden van) een voorgenomen VGV en het hulp bieden bij eventuele problemen na de besnijdenis. Voorlichting over onder andere de werking van het menselijke lichaam, seksualiteit en gevolgen van VGV, zowel individueel als collectief, is een belangrijk onderdeel van preventie van VGV.

De JGZ-medewerkers dragen een eenduidige boodschap uit dat VGV in al haar typen in Nederland bij wet verboden is, vanwege de onaanvaardbare aantasting van de lichamelijke integriteit van meisjes, de rechten van het kind en de gezondheidsrisico's. VGV is een misdrijf.

Bij vermoedens van een (dreigende) VGV: altijd melden bij het AMK tenzij... VGV valt binnen kindermishandeling. Van een JGZ-professional wordt dan ook verwacht dat hij/zij bij een vermoeden van een op handen zijnde of een al uitgevoerde VGV handelt volgens de landelijke Meldcode Kindermishandeling en dit altijd meldt bij een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling tenzij er zwaarwegende redenen zijn om dit niet te doen.

5.2 JGZ-activiteiten inkaderen in brede aanpak VGV

Om deze ernstige vorm van kindermishandeling in Nederland uit te kunnen bannen is een breed beleid van preventieve en repressieve maatregelen ingezet. De gemeente is op lokaal niveau verantwoordelijk voor dit beleid. Beleidsvoorbereiding en regie over de uitvoering is voor dit onderwerp aan de GGD opgedragen.

VGV laat zich als een cultureel verschijnsel niet door druk van buitenaf alleen veranderen. Daarom is de inzet van vertegenwoordigers uit de betrokken etnische groepen belangrijk. Sleutelpersonen vervullen een belangrijke rol, zowel in de eigen gemeenschap als daar buiten. Zij leggen huisbezoeken af en organiseren voorlichtingsbijeenkomsten. Het huisbezoek biedt specifieke kansen en mogelijkheden, omdat het kleinschalig is. Het biedt goede mogelijkheden voor een vertrouwelijk gesprek, meer dan tijdens voorlichtingsbijeenkomsten. Tijdens deze huisbezoeken en bijeenkomsten kunnen er ook nieuwe sleutelpersonen 'ontdekt' worden.

Werving van sleutelpersonen vindt ook plaats door het bestuur van zelforganisaties. Hierbij wordt een profielschets gebruikt die gemaakt is door Pharos en de Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN). De pilots leren dat de effectiviteit van de huisbezoeken wordt vergroot als wordt geïnvesteerd in de deskundigheid en de toerusting van de sleutelpersonen. Pharos kan in samenwerking met FSAN trainingen en bijscholingen voor deze sleutelpersonen organiseren.

Gaandeweg de VGV-pilots werd ook steeds duidelijker dat de inzet van religieuze leiders cruciaal is om VGV tegen te gaan. Zij hebben niet alleen veel invloed maar ook een groot bereik binnen hun eigen etnische groepen. Zij zijn bij uitstek in de positie om de vermeende religieuze overwegingen over VGV aan de kaak te stellen. Van belang is wel dat de religieuze leiders en de zelforganisaties dezelfde boodschap uitdragen.

De VGV-pilotprojecten hebben ook geleerd dat door afwisselend specifieke bijeenkomsten over VGV en bredere thematische bijeenkomsten, ontspanningsactiviteiten en feestactiviteiten waar voorlichting en het gesprek over VGV in is geïntegreerd de zelforganisaties meer mensen en een bredere groep bereiken.

5.3 Contactmomenten

Het onderwerp VGV komt **niet éénmalig, maar verschillende keren** ter sprake. In een aantal contactmomenten zijn productgroepen van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (BTP JGZ) (Dunnink 2008) [8] aan de orde waarbij het gesprek over VGV goed kan aansluiten. Dit wil niet zeggen dat er in de tussenliggende periode geen aandacht aan VGV zou moeten worden besteed. Ook extra contactmomenten en huisbezoeken kunnen worden ingezet. Het verloop van de contacten en de gesprekken over dit onderwerp bepalen in hoeverre dit het geval zal zijn.

Het doel van de contacten is voorkomen van VGV (primaire preventie). Voorkomen van verergering van de gevolgen van VGV (secundaire preventie) kan aan de orde zijn bij meisjes die besneden zijn.

Doelen van de voorlichting en het gesprek over VGV zijn:

- inschatten van het risico dat dit meisje op dit moment loopt om besneden te worden;
- duidelijk maken dat VGV een normaal onderwerp van gesprek en voorlichting is in de contacten met het JGZ-team en je aanbieden als gesprekspartner;
- duidelijk maken dat VGV verboden is in Nederland en de verklaring tegen VGV meegeven;
- signaleren van besneden meisjes en de gevolgen van de ingreep om vervolgens in overleg met het AMK hulp te kunnen bieden;
- voorlichting geven over de medische risico's van VGV en het bevorderen van kennis van het eigen lichaam en het inzicht in de relatie tussen gezondheidsklachten en besnijdenis.

Contactmomenten waarop VGV ter sprake kan komen, zijn:

- eerste huisbezoek/intakehuisbezoek;
- eerste bezoek aan het consultatiebureau rond de leeftijd van 4 weken;
- contactmoment rond 18 maanden;
- contactmoment 3 jaar 9 maanden;
- contactmoment 5 jaar;
- contactmoment 10 jaar;
- contactmoment tweede klas voortgezet onderwijs;

- contactmomenten in het speciaal onderwijs;
- extra contactmoment n.a.v. signalen:
 - van leerkrachten of anderen,
 - aanwezigheid jonger zusje,
 - van JGZ zelf;
- contactmomenten voor asielzoekerkinderen.

Een aandachtspunt is dat de JGZ na het contactmoment op 12-13-jarige leeftijd geen vaste contactmomenten meer heeft met jongeren. Maar de JGZ heeft wel altijd de mogelijkheid om kinderen extra op te roepen bij signalen. Als de groep groot is dan zal de JGZ in overleg met de gemeente voor deze risicogroep een apart aanbod moeten maken.

Het basistakenpakket JGZ asielzoekerkinderen 0-19 jaar (PGA) omvat de contactmomenten en de activiteiten die specifiek zijn voor deze doelgroep. Voor de 0-4-jarigen geldt het reguliere pakket. Voor de 4-19-jarigen gelden de contactmomenten (op leeftijd, niet inhoud) zoals in het speciaal onderwijs. Met als aanvulling voor de instromende asielzoekerkinderen een verpleegkundige intake, een medisch onderzoek door een jeugdarts en het (inhaal)vaccinatieprogramma. Het basistakenpakket asielzoekers is te vinden op www.ggdkennisnet.nl/35376.

In Bijlage 4 wordt een aantal specifieke aandachtspunten voor de verschillende contactmomenten beschreven.

Verwijsindex risicjongeren

Alle gemeenten moeten vanaf uiterlijk 1 januari 2011 met de verwijsindex werken. Deze verwijsindex heeft tot doel om beroepskrachten die met dezelfde jongere te maken hebben met elkaar in contact te brengen. Hij kan bij VGV gebruikt worden om in contact te komen met ander hulpverleners die bij het meisje betrokken zijn.

5.4 Gespreksvoering

Een letterlijk te volgen gesprekshandleiding is mogelijk noch wenselijk. Elk gesprek zal verschillend verlopen. Wel is er een aantal uitgangspunten te geven.

Gevoelige onderwerpen stellen eisen aan de communicatieve vaardigheden van de arts en de verpleegkundige. Bij VGV is daarnaast uiteraard ook kennis over VGV nodig. Overigens leert de ervaring in de pilots dat het bespreekbaar maken van VGV niet lastiger is dan het bespreken van andere gevoelige onderwerpen zoals kindermishandeling en opvoedingsproblemen.

Het onderwerp VGV wordt open en actief aangekaart bij het eerste contact met een risicogezin als een normaal en gestructureerd gespreksonderwerp binnen de jeugdgezondheidszorg. Het moet gewoon worden om hier naar te vragen bij elk meisje dat hiervoor in aanmerking komt, net zoals de JGZ bij elk nieuw geboren kind vraagt naar de woonsituatie, familieomstandigheden en erfelijkheid. Als een JGZ-medewerker het als vanzelfsprekend ervaart en ook zo brengt, gaat de emotionele lading eraf.

Indien er een taalbarrière is, is het aan te bevelen gebruik te maken van gecertificeerde tolken (lieft vrouwelijke tolken) met ervaring met het onderwerp of sleutelpersonen uit de eigen gemeenschap. Zoals in elk gesprek gelden uiteraard ook tijdens een gesprek over VGV de volgende aandachtspunten:

- toon respect voor de persoon, de cultuur en de situatie;
- toon geduld en respecteer het dilemma waarin de moeders/ouders verkeren;
- zorg voor een veilige sfeer;
- investeer tijd en moeite in een vertrouwensrelatie met betrokkene;
- kaart het thema open en actief aan;
- nodig jezelf uit als gesprekspartner met kennis van zaken;
- stel je lerend en vragend op.

Denk aan de volgende mogelijkheden ter ondersteuning van het gesprek over VGV:

- maak gebruik van de binnen de reguliere contactmomenten bestaande aanknopingspunten;
- maak zo nodig gebruik van de mogelijkheid van een extra onderzoek op indicatie;
- betrek de echtgenoot en andere belangrijke familie bij het onderwerp;
- vermijd de vraag ‘waarom’, omdat het verwijtend is en geen open reactie zal geven;
- maak gebruik van mogelijkheden binnen de sociale kaart, zoals sleutelfiguren, voorlichters eigen taal en cultuur;
- maak gebruik van netwerken die zich om VGV bekommeren;
- maak gebruik van de tolkentelefoon of een goed in het onderwerp ingevoerde tolk tijdens het gesprek;
- hou het onderwerp levend door bijvoorbeeld terug te grijpen op eerdere gesprekken en/of eerdere voorlichting. Binnen de cultuur zijn de positieve aspecten belangrijk: feest, betere huwelijkskansen, ik hoor erbij, het is mooi.

Er is extra aandacht gewenst als de moeder zelf besneden is, omdat de kans op besnijdenis van het meisje dan groter is.

Het is belangrijk de ouder(s) niet te overvragen over dit onderwerp om verzet of onmiddellijke afwijzing te voorkomen. Doorvragen is echter wel belangrijk. Kennis van specifieke gesprekstechnieken en culturele verschillen is daarbij noodzakelijk, omdat de kans op sociaalwenselijke antwoorden groot is. Wees niet te snel tevreden, want een volledig beeld is nodig om het risico op een VGV goed in te kunnen schatten. Met andere woorden, pas op het moment dat alle gebieden geïnventariseerd zijn, kan het risico goed ingeschat worden. De praktijk in de pilots laat zien dat het risico te snel als ‘niet aanwezig’ inschat wordt, terwijl nog teveel niet bekend is om die uitspraak gefundeerd te kunnen doen. Zorg wel dat ook andere JGZ-onderwerpen voldoende aan de orde komen.

De vraag over VGV kan bijvoorbeeld goed met een inleidende zin binnen het thema zwangerschap en bevalling ingepast worden. De directe relatie met kindermishandeling vermijd je zo om het gesprek open te houden. Een aantal mogelijke vragen en reacties van ouder(s) op gestelde vragen zijn ter ondersteuning in Bijlage 6 over Motiverende Gespreksvoering opgenomen.

Ouders vinden het soms frustrerend als bij het derde kind weer naar VGV gevraagd wordt alsof er niet eerder over gesproken is. Ouders vinden het namelijk altijd vervelend als er naar bekende informatie gevraagd wordt, ook bij alle andere vragen die nodig zijn om een dossier aan te leggen van een nieuw kind speelt dat. Als er meer kinderen binnen één gezin zijn die VGV-risico lopen en als die in zorg zijn bij verschillende JGZ-teams, dan zal er afgesproken moeten worden wie wanneer het gesprek over VGV voert.

Een probleem hierbij kan zijn dat inzage van dossiers van andere kinderen niet is toegestaan, als dit nog niet goed in het privacyreglement geregeld is. Een alternatief is dan om ouders toestemming te vragen om dossiers van broertjes en zusjes in te mogen zien.

5.5 Risicotaxatie

Het is niet zo dat alle vragen direct beantwoord moeten worden in het eerste contact, maar ze dienen in de loop van de contacten aan de orde te komen om een goede inschatting te kunnen maken van het risico dat een meisje loopt om besneden te worden.

De mate van risico op besnijdenis bij een meisje kan bepaald worden op basis van de volgende risico-inventarisatie:

1. land van herkomst van moeder is een risicoland voor VGV (zie tabel 1 of www.meisjesbesnijdenis.nl);
2. land van herkomst van vader is een risicoland voor VGV (zie tabel 1 of www.meisjesbesnijdenis.nl);
3. moeder van het meisje is besneden (overdracht verloskundige of uit anamnese);
4. zusjes zijn besneden;
5. partner en directe familieleden staan positief tegenover besnijdenis;
6. omgevingsdruk: gezin met veel familie in Nederland die druk uitoefent VGV uit te voeren en/of gezin met veel contacten binnen dezelfde etnische groep en er wordt druk uitgeoefend door de groep en/of de vraagbaak, steun en toeverlaat van moeder als het om vrouwenaangelegenheden gaat oefent druk uit;
7. regelmatig (familie)bezoek buitenland: gezin dat regelmatig op (familie)bezoek gaat in het buitenland, met name land van herkomst;
8. gezin is niet of slecht geïntegreerd: spreekt geen Nederlands, geen of weinig sociale contacten, werkloos.

Het risico neemt met het aantal geconstateerde risicofactoren toe. Vooral punt 3 en 4 zijn zwaarwegende risicofactoren.

Daarnaast zijn de volgende punten van belang om in de overwegingen mee te nemen.

- Groepen waarin meisjes besneden worden kunnen een verschillende sociale, culturele (laag tot hoog opgeleid) en religieuze achtergrond hebben. Zij kunnen ook een vluchtelingen- of migrantenstatus hebben.
- Er kan een verschil zijn in de leeftijd waarop VGV wordt gepraktiseerd met die in het land van herkomst. Men kan de gegevens uit landen van herkomst niet als absolute waarheid aannemen voor Nederland. Door de migratieomstandigheden kan de huidige situatie anders zijn. Als bijvoorbeeld een kind in het land van herkomst gebruikelijk op een leeftijd van 5-10 jaar zou worden besneden, betekent dit niet automatisch dat het kind in Nederland tot 5 jaar geen risico loopt.
- Wees alert op gemengde huwelijken. Denk bijvoorbeeld aan een andere nationaliteit dan een Nederlandse ouder met een Afrikaanse ouder. De ervaring in pilots leert dat er nog veel risicokinderen worden gemist, onder andere als de moeder blank is. Ook kennen ouders elkaars mening over VGV niet altijd.

5.6 Registratie VGV in de Basisdataset JGZ

Basisdataset

De Basisdataset JGZ (BDS JGZ) omvat de maximale verzameling van elementen en antwoordmogelijkheden voor de vorming van een medisch dossier in de jeugdgezondheidszorg. De JGZ-organisatie bepaalt samen met de leverancier van haar DD JGZ op welke wijze de rubrieken en elementen worden vertoond en ook welke elementen uit de BDS in het DD JGZ worden opgenomen. De rubrieken bevatten elementen, voorzien van antwoordmogelijkheden (keuzelijsten of vrije tekstvelden).

De structuur van de BDS JGZ is opgebouwd uit twee soorten rubrieken: constante gegevens en longitudinale gegevens. De constante gegevens worden in principe eenmalig vastgelegd en worden incidenteel gewijzigd. Longitudinale gegevens worden afhankelijk van de leeftijd van het kind bij de verschillende contactmomenten geregistreerd en zijn alleen geldig op het moment van registratie. De namen van rubrieken, elementen en antwoordmogelijkheden moeten in elk digitaal dossier hetzelfde zijn. Alleen dan is uniformiteit gewaarborgd. Wel kan de structuur anders worden gepresenteerd in het DD JGZ, afhankelijk van de werkwijze van de JGZ-organisatie die het heeft laten inrichten.

Deze paragraaf beschrijft de items in de BDS JGZ. Hoe deze te registreren items op het computerscherm verschijnen is afhankelijk van het gebruikte softwarepakket. Bij voorkeur staan de te registreren items bijeen met de titel VGV.

Te registreren risicofactoren

Risicofactoren nagevraagd ja/nee

- moeder afkomstig uit risicoland: ja, nee, onbekend
In een aantal DD JGZ's is het geboorteland te vinden bij de persoonsgegevens.
- vader afkomstig uit risicoland: ja, nee, onbekend
In een aantal DD JGZ's is het geboorteland te vinden bij de persoonsgegevens.

Wanneer er sprake is van een risicoland of als u een andere reden heeft om een mogelijk risico te vermoeden (bijvoorbeeld wanneer de ouders niet uit een risicoland komen maar de nieuwe vriend van moeder wel, of wanneer uit andere bronnen aanwijzingen zijn voor een risico op VGV: bijvoorbeeld bij Iraakse Koerden) gaat u de volgende risicofactoren na om de mate van risico op VGV in te schatten.

- moeder besneden:
 - 1. besneden
 - 2. onbekend
- één of meer zusjes zijn besneden:
 - 1. ja
 - 2. onbekend
- gezin gaat regelmatig op (familie)bezoek in het buitenland:
 - 1. ja
 - 2. onbekend
- gezin met veel familiedruk en/of omgevingsdruk:
 - 1. ja
 - 2. onbekend

- gezin nog niet of slecht geïntegreerd:
 - 1. ja
 - 2. onbekend
- Anders, (aangeven welke overige beschermende en/of bedreigende factoren van toepassing zijn bij de risico-inschatting voor het meisje om besneden te worden)

Risico-inschatting

- risico VGV op dit moment; zie kader voor definities:
 - 0. onbekend
 - 1. geen risico
 - 2. twijfelachtig risico
 - 3. reëel risico
 - 4. vermoeden uitgevoerde VGV, bij toelichting waarop het vermoeden gebaseerd is
 - 5. vastgestelde VGV, bij toelichting aangeven om welke vorm het gaat

Meisje is besneden

Als het meisje besneden is, wordt dit geregistreerd bij genitalia/seksuele ontwikkeling.

Bij een vastgestelde VGV geeft u in het algemene opmerkingenveld van het DD JGZ aan door wie dit is vastgesteld.

Bij risico 2, 3, 4 en 5 of als het meisje besneden is bij interventie noteren welke actie is ondernomen

- extra contactmoment op indicatie
- overleg AMK
- melding AMK
- anders,

Verklaring tegen VGV

Aangeven of de verklaring tegen VGV is meegegeven.

Conclusie

In de conclusie in het kort samenvatten wat de conclusie en vervolgstappen zijn. Als er overleg met de JGZ-aandachtsfunctionaris VGV of inzet van een sleutelpersoon is geweest, dit vermelden.

Definities risico VGV op dit moment

- *Geen risico:* meisje loopt geen risico om besneden te worden.
- *Twijfelachtig risico:* meisje loopt op dit moment een twijfelachtig risico om besneden te worden, het risico om besneden te worden is (nog) niet weggenomen, maar er is op dit moment geen reëel risico om besneden te worden.
- *Reëel risico:* meisje loopt op dit moment een reëel risico om besneden te worden, het risico dat ouder(s) hun dochter laten besnijden is niet weggenomen, er zijn signalen (vanuit het gesprek of via derden) die wijzen op een ophanden zijnde besnijdenis.
- *Vermoeden uitgevoerde VGV:* er zijn signalen (vanuit het gesprek of via derden) die wijzen op een vermoeden dat het meisje is besneden.
- *Vastgestelde VGV:* VGV is vastgesteld door JGZ zelf of door huisarts/medisch specialist die het aan JGZ heeft doorgegeven.

Kader 3: Definities risico VGV op dit moment

5.7 Verklaring tegen VGV

Het ministerie van VWS heeft, in samenspraak met het ministerie van Justitie en veldpartijen, een Verklaring tegen meisjesbesnijdenis ontwikkeld. De veldpartijen zijn FSAN (zelforganisaties), VON (vluchtelingenorganisaties), GGD NL (JGZ), ActiZ (JGZ), KNOV (verloskundigen), NVOG (gynaecologen), KNMG (artsen), MOgroep Jeugdzorg (AMK's), AJN (jeugdartsen), V&VN fractie jeugd (verpleegkundigen en verzorgenden) en Pharos (kennisinstituut).

De JGZ kan de verklaring tegen VGV van de minister van Justitie en de minister van VWS aan de ouders meegeven. Doel van deze verklaring is om ouders te ondersteunen tegen de druk van de familie in het land van herkomst. Het geeft ouders uit risicolanden een bewijs dat VGV in Nederland strafbaar is. Wanneer de brief ter ondertekening wordt voorgelegd aan ouders, gaat dat gepaard met een gesprek over de risico's en gevolgen van VGV. Een secundair doel van de Verklaring tegen meisjesbesnijdenis is dan ook ouders beter bewust maken van de strafbaarheid en schadelijkheid van VGV.

De verklaring wordt meegegeven als al duidelijk is dat ouders hun dochter niet willen laten besnijden. Dit kan al in een van de eerste gesprekken duidelijk zijn, of pas later. De verklaring is niet bedoeld als drukmiddel om ouders te overtuigen.

Naast Nederlands, Engels en Frans is de verklaring beschikbaar in Somalisch, Arabisch, Amhaars (Ethiopië) en Tigrina (Eritrea).

De verklaring en de werkinstructie zijn te vinden op www.ggdkenisnet.nl. De verklaring in bovengenoemde talen is te vinden onder nummer 55178, de werkinstructie onder nummer 55176.

5.8 Voorkomen van eventuele gevolgen van een uitgevoerde VGV

Besnijdenis hangt samen met psychische klachten – maar niet per definitie. Een onderzoek uit 2010 (Vloeberghs et al., 2010) [9] naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van VGV laat zien dat bij een derde van de respondenten depressieve klachten en angst werden geconstateerd. Een zesde van de respondenten heeft traumagerelateerde klachten. Sociale gevolgen hebben te maken met gevoelens van schaamte, boosheid en uitsluiting naar aanleiding van de besnijdenis. Verder blijkt dat zwijgen meer vertrouwd en sociaal wenselijk is terwijl praten onzekerheid veroorzaakt en/of spanning. In de relationele sfeer worden klachten genoemd met betrekking tot seksueel verkeer (pijn bij het vrijen) en in de relatie met mannen. Ernstige klachten worden verklaard door een combinatie van factoren. Een combinatie van infibulatie, levendige herinnering, migratie op oudere leeftijd, geringe opleiding en taalvaardigheid, en gebrekkige steun van de partner hangt samen met ernstige klachten.

Zoals ook al eerder genoemd is de kans op lichamelijke klachten en medische complicaties is bij VGV groot, zowel tijdens de ingreep als ook daarna. Bij infibulatie komen de meeste klachten voor. Directe gevolgen tijdens en direct na de ingreep: extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt); klachten bij urinelozing (pijn bij plassen, ophoping urine in de blaas); overmatig bloedverlies; kans op infectie; kans op overlijden van het meisje. Mogelijke gevolgen na de ingreep: pijnlijke seksuele gemeenschap; mogelijk verlies seksuele functie en gevoel; medisch ingrijpen om seksuele gemeenschap en bevalling mogelijk te maken; menstratieklachten en moeilijke en/of pijnlijke urinelozing; urineweginfectie; chronische pijn in de onderbuik; onvruchtbaarheid door gynaecologische infecties; littekenvorming; moeilijk inwendig onderzoek (uitstrijkje); obstetrische complicaties en fistelvorming met incontinentie voor urine en feces tot gevolg.

Een JGZ-medewerker betrokken bij een meisje bij wie een VGV is uitgevoerd, zal navragen of er klachten zijn en zo nodig verwijzen naar lichamelijke of psychische hulpverlening. Ook is het belangrijk om voorlichting te geven over mogelijke klachten en waar dan hulp te krijgen is. Conform de JGZ-Richtlijn secundaire preventie kindermishandeling en de Meldcode Kindermishandeling van de KNMG wordt altijd gemeld bij het AMK wanneer (het vermoeden bestaat dat) de besnijdenis is uitgevoerd toen het meisje al in Nederland woonde. Aandacht voor jongere zusjes in het gezin is zeker gewenst, het risico van VGV bij jongere kinderen zal ingeschat moeten worden.

Bij klachten en complicaties bij een meisje dat VGV heeft ondergaan, moet de relatie tussen haar klachten en VGV serieus geëxploreerd worden. Een vrouw is in het land van herkomst pas een goede vrouw als zij besneden is. In Nederland wordt zij gezien als verminkt. Een open houding is dan ook essentieel om ruimte te creëren voor een gesprek over de klachten en de gevolgen daarvan. Er dient rekening gehouden te worden met de migratiegeschiedenis en herkomst van de betreffende patiënte. Er wordt nagegaan welke psychologische, fysiologische of seksuologische factoren een rol spelen. In het gesprek wordt ook aandacht geschonken aan de eventuele cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale gevolgen van de klachten in het dagelijkse leven.

Naar traumatische ervaringen rondom de besnijdenis en eventueel traumatische (seksuele) ervaringen tijdens oorlog en vlucht wordt expliciet gevraagd. Bedenk wel dat de oorzaak van de psychische klachten multifactorieel kan zijn door meerdere traumatische ervaringen in het land van herkomst en ook door het vluchtverhaal zelf. Het analyseren van de psychische klachten is vaak moeilijk en is specialistisch werk.

Recente VGV

Bij een (jong) meisje met een recente VGV kan het in overleg met het AMK nodig zijn eerst zorg te dragen voor opvang. Deze zal meestal in eerste instantie door een kinderarts plaatsvinden met ondersteuning van gynaecologen en eventueel urologen of plastisch chirurgen.

Denk bij het gesprek na een recente VGV aan de volgende mogelijke factoren die van invloed kunnen zijn:

- type VGV;
- leeftijd waarop een meisjes besneden is;
- omstandigheden waaronder een VGV is uitgevoerd: met of zonder verdoving, waar?;
- wat is de kennis van het meisje en de ouders over het menselijke lichaam?;
- overtuiging: hoe denkt het meisje zelf over besnijdenis?;
- cultuur op zich: hoe gemakkelijk praten mensen erover?;
- migratie naar landen waar besnijdenis verboden is;
- middelengebruik (onder andere qat).

Meer informatie over lichamelijk onderzoek en behandeling is te vinden in het Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met VGV (Pharos, 2010) [10]. Het modelprotocol is te downloaden op <http://www.nvog.nl>.

5.9 Samenwerking met verloskundigen en kraamzorg

De verloskundige signaleert conform het KNOV-standpunt VGV (van der Stouwe 2007) [11] tijdens de intake of de zwangere vrouw uit een land afkomstig is waar VGV voorkomt en zij vraagt of de vrouw besneden is.

In de zwangerschap bespreekt de verloskundige of de gynaecoloog de genitale verminking van de cliënte in relatie tot mogelijke lichamelijke klachten en het beleid rondom de baring. Na de geboorte van een meisje brengt de verloskundige/gynaecoloog na de geboorte de mogelijke besnijdenis van de pasgeborene dochter ter sprake. Zij bespreekt daarbij:

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

Indien het kind aan de kinderarts is overgedragen, neemt de kinderarts deze taak op zich.

Aan het einde van het kraambed, draagt de verloskundige de zorg over aan de JGZ en de huisarts. Ze vermeldt daarbij onder andere de besnijdenis van de moeder. Voor overdracht van informatie aan derden vraagt de verloskundige zoals gebruikelijk de toestemming van de cliënte. Als ze weigert, kan de verloskundige overleggen met het AMK over de vervolgstappen

Het doorgeven van mogelijke risico's in een gezin met een pasgeboren kind verloopt bij voorkeur via de betrokken kraamverzorgende en verloskundige naar de JGZ zoals in beginsel landelijk is afgesproken (RIVM, 2010) [12]. Het gaat daarbij om gegevens die relevant zijn voor de JGZ om gepaste zorg te leveren in het belang van het kind. In het geval van VGV wordt in ieder geval doorgegeven of de moeder besneden is en wat de opvattingen over VGV zijn. Implementatie van deze afspraken zal in de regio eenvoudiger zijn als digitale overdracht mogelijk is. Hier wordt nog aan gewerkt.

Aandachtspunt is de overdracht door gynaecologen. Afspraken met gynaecologen in de regio over de geboortes waarvan zij de nazorg doen, zijn wenselijk.

Indien het kind aan de kinderarts is overgedragen, dan draagt in beginsel de kinderarts de gegevens over aan JGZ (Werkgroep NVK en AJN, 2009) [13]. Het is wenselijk dat deze landelijke afspraken met kinderartsen in de regio bekrachtigd worden.

Als een VGV-risico wordt gesignaleerd door kraamverzorgende en verloskundige wordt in overleg een signaal gegeven aan de JGZ. Bij verschil van mening tussen beiden wordt gehandeld vanuit de eigen professionele deskundigheid en verantwoordelijkheid. Beiden kunnen een signaal doorgeven aan de JGZ.

5.10 Voorkomen van eventuele gevolgen van een uitgevoerde VGV

Na het signaleren van blijvend twijfelachtig risico of reëel risico of uitgevoerde VGV moet zo snel mogelijk bij het AMK worden gemeld. Elk AMK heeft een aandachtsfunctionaris VGV. Elk AMK hanteert het Handelingsprotocol 'Vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen' (Pharos, 2009) [14].

Het AMK neemt een melding van dreigende of uitgevoerde VGV in principe altijd aan.

Het AMK doet vervolgens onderzoek en besluit tot vrijwillige hulp, hulp in het gedwongen kader of doet aangifte. De vertrouwensarts arts van het AMK adviseert over noodzakelijk medisch onderzoek door een arts met kindergeneeskundige en forensische expertise.

Het landelijke AMK telefoonnummer is **0900 – 123 123 0**.

Werkwijze AMK na melding

Nadat een melding is binnengekomen bij het AMK, zal deze het onderzoek starten en met de ouders en betrokken kinderen in gesprek gaan. Indien nodig overlegt het AMK met de (zeden)politie en gaat direct op huisbezoek, al dan niet samen met de politie. Wanneer de ouders de Nederlandse taal niet beheersen wordt er een professionele tolk ingeschakeld via de tolkcentrale.

Tijdens het gesprek met ouders door het AMK, wordt de inhoud van de melding besproken.

A. Een vermoeden van een dreigende VGV

Na afronding van het onderzoek zijn de volgende drie conclusies mogelijk:

- Ouders kunnen het risico overtuigend uitsluiten.
- Ouders verklaren niet van plan te zijn hun dochter(s) te laten besnijden, bij het AMK blijft vermoeden bestaan.
- Ouders verklaren hun dochter(s) in de toekomst wellicht wél te willen laten besnijden.

Afhankelijk van de conclusie van het onderzoek zal het AMK handelen.

B. Een vermoeden van een uitgevoerde VGV

Als het vermoeden bevestigd wordt, gelden de volgende punten:

- Het is van groot belang om te bekijken welk hulpverleningstraject voor de medische en psychosociale zorg voor het meisje kan worden ingezet.
- De vertrouwensarts van het AMK adviseert over het uitvoeren van gecentraliseerd medisch onderzoek (door een arts met zowel kindergeneeskundige als forensisch geneeskundige expertise). Daarbij dient er naar gestreefd te worden om dit onderzoek in één keer te verrichten om zodoende het kind niet onnodig te belasten.
- Als er zusjes zijn in het gezin, wordt ook voor hen een risico-inschatting gemaakt.
- Als er sprake lijkt te zijn van een uitgevoerde VGV meldt het AMK de zaak altijd bij de Raad voor de Kinderbescherming. Daarnaast kan het AMK aangifte doen bij de politie.
- Indien de ouders geen toestemming geven voor het doen van medisch onderzoek, zal de Raad voor de Kinderbescherming onderzoeken of er een kindbeschermingsmaatregel moet worden gevraagd om dit mogelijk te maken.
- Als VGV zeer waarschijnlijk heeft plaatsgevonden doet de Raad aangifte bij de politie. De politie maakt proces-verbaal op, geeft dit door aan het Openbaar Ministerie, en deze laatste beslist over mogelijke vervolging.

Bron: 'Handelingsprotocol Vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen' [13].

Kader 4: Werkwijze AMK na melding

5.11 Samenwerking met het onderwijs

Kinderen zijn vijf dagen in de week op school aanwezig. De leerkracht of docent weet hoe een kind zich normaliter tijdens schooluren gedraagt en functioneert. Veranderingen in gedrag en functioneren zijn een belangrijk signaal, maar kunnen wel vele oorzaken hebben.

Als een leerkracht of docent een vermoeden heeft van VGV, moet hij conform de meldcode handelen, want het gaat immers over een vorm van kindermishandeling. Dat betekent advies vragen bij het AMK en overleg voeren met een collega binnen de school.

Het is wenselijk dat de JGZ met scholen afsprekt dat de scholen contact opnemen met de JGZ als er twijfels zijn over het verzuim van een meisje uit een risicoland of als zij van school wisselt, als er signalen zijn dat het gedrag van het meisje is veranderd of als er andere signalen zijn (zie kader 5). Wanneer een school besluit tot het inschakelen van de JGZ, wordt contact gezocht met de jeugdarts. Deze kan dan het kind (zo nodig meerdere malen) extra oproepen, om het kind en de ouders te spreken, het kind te onderzoeken en eventueel door te verwijzen.

Mogelijke signalen op school van een dreigende VGV

- Er circuleren geruchten over een komende besnijdenis (bij het meisje).
- Er is een buitenlandse vakantie gepland.
- Er is een verhuizing aanstaande.
- Het meisje laat voorzichtig zelf iets los.
- Ze klaagt over buikpijn.
- Ze kan zich niet goed concentreren.
- Ze is stil en teruggetrokken.
- Ze reageert gesloten of afstandelijk.
- Ze blijft weg van gezondheidsonderzoeken.

Kader 5: Mogelijke signalen op school van een dreigende VGV

Als de jeugdarts of jeugdverpleegkundige zelf een vermoeden heeft dat een meisje risico loopt om besneden te worden, kan deze aan de docent vragen op signalen te letten.

De JGZ kan over VGV ook contact onderhouden met de leerplichtambtenaar.

Aandachtspunten bij de samenwerking met scholen

Verhalen en geruchten zijn niet altijd de juiste signalen. Probeer eerst na te gaan hoe de geruchten zijn ontstaan en waar de verhalen vandaan komen. Een valkuil is om elke vakantie te zien als een 'risicovakantie' of elke vakantieziekte op te vatten als 'ziek van de besnijdenis'.

Realiseer je dat in Nederland ook ouders uit Afrika wonen die tegen meisjesbesnijdenis zijn en daar voor uitkomen. Zij willen hun dochters niet laten besnijden.

Waak ervoor dat het meisje het slachtoffer wordt van haar eigen openhartigheid. Probeer signalen in overleg met de school bespreekbaar te maken met de ouders.

5.12 Rol van huisarts en andere hulpverleners

De huisarts en andere hulpverleners kunnen vrouwen uit risicolanden vragen of zij zelf besneden zijn en of er (andere) dochters besneden zijn. (Pharos, 2009) [13]. Ook vragen zij hoe de ouders tegenover besnijdenis staan. Zij bespreken met de vrouw:

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

5.13 Landelijke relevante organisaties

Het Focal Point is bereikbaar op dinsdag en donderdag van 10:00 uur tot 14:00 uur.

Zie <http://www.meisjesbesnijdenis.nl/focalpoint/informatieadvies>. Het telefoonnummer is 030 234 9800. Daarnaast kan een vragenformulier worden ingevuld, waarop de eerstvolgende werkdag zal worden gereageerd. Een vraag kan ook via de e-mail worden gesteld via focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl.

Elke AMK heeft één of meerdere aandachtsfunctionarissen VGV. De Raad voor de Kinderbescherming heeft landelijk twee aandachtsfunctionarissen voor VGV.

Pharos heeft in samenwerking met de Federatie voor Somalische Associaties in Nederland (FSAN) verschillende vrouwen en mannen van onder andere Somalische origine getraind in het bespreekbaar maken en geven van voorlichting over VGV. Namen van sleutelpersonen zijn op te vragen bij FSAN. Telefoon: 020-4861628, e-mail: info@tegenvrouwenbesnijdenis.nl.

Een tolk is onafhankelijk, neutraal en heeft geheimhoudingsplicht. Het gebruik van een professionele tolk voorkomt oneigenlijke inmenging van verwanten. Ad hoc kan meestal en voor de meeste talen een telefonische tolk worden aangevraagd. Ad hoc aanvragen bij het landelijke tolkencentrum in Hengelo. Telefoon: 074-2555233. Een tolk bestellen kan via telefoon: 074-2555222. Het is wel verstandig om bij het tolkencentrum aan te geven dat het over VGV gaat.

Meer informatie over deskundige gynaecologen of verloskundigen op het gebied van VGV kan verkregen worden bij Pharos via bovenstaand telefoonnummer of e-mailadres.

Bij de GGD'en uit de pilots in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Tilburg en Eindhoven is veel ervaring opgedaan met de preventieve aanpak van VGV. Deze GGD'en hebben aandachtsfunctionarissen die vragen van collega's kunnen beantwoorden.

6 Randvoorwaarden voor implementatie

Implementatie van het standpunt Preventie van VGV vraagt zoals elke implementatie om een planmatige en projectmatige aanpak waarin aan belangrijke randvoorwaarden is voldaan, zoals scholing van de JGZ-professionals en reëel begroten van de noodzakelijke tijd voor de uitvoering. In dit hoofdstuk wordt een aantal randvoorwaarden beschreven. Bij het ontwikkelen van een lokaal VGV-beleid kan men bij de GGD'en in Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Rotterdam, Tilburg en Utrecht informatie krijgen.

6.1 Selectieve preventie

Preventie van VGV is selectieve preventie, dat wil zeggen preventie gericht op een specifieke groep met bepaalde kenmerken. VGV-activiteiten zijn daarmee in beginsel onderdeel van het maatwerk van het BTP-JGZ en moeten ingebed worden in het lokale beleid om VGV te voorkomen. Er is meer nodig dan alleen de inzet van JGZ. Er zullen ook activiteiten uitgevoerd moeten worden zoals voorlichtingsbijeenkomsten, inzet van sleutelpersonen uit de betrokken groepen en afspraken met ketenpartners. De JGZ-activiteiten zullen met de gemeente overlegd moeten worden.

6.2 Organisatiebeleid

Om de preventie van VGV door de JGZ goed te kunnen uitvoeren zal de JGZ-organisatie beleid moeten ontwikkelen dat voorziet in een aantal interne randvoorwaarden dat goed ingepast is in het lokale beleid en de ketenafspraken.

Scholing en training

Ervaring met gesprekstechnieken is erg belangrijk. Respondenten in de review van het Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis die door Pharos is gedaan, geven aan dat veel aandacht voor motiverende gesprekstechnieken nodig is.

Voor nieuwe medewerkers is het goed om het standpunt Preventie van VGV in het inwerkprogramma op te nemen.

Tijdsinvestering

Een belangrijke randvoorwaarde voor een kwalitatief goede uitvoering van de activiteiten is voldoende tijd hiervoor. Het gaat dan om tijd tijdens de contactmomenten maar ook om tijd voor samenwerking met andere betrokken partijen.

In het standpunt is een aantal vaste contactmomenten voorgesteld waarin door de arts of verpleegkundige het risico op VGV bij meisjes, van wie één of beide ouders in een risicoland geboren is, getaxeerd wordt. Mogelijke conclusies zijn:

- 0. geen risico
- 1. twijfelachtig risico
- 2. reëel risico
- 3. vermoeden uitgevoerde VGV
- 4. vastgestelde VGV.

Bij geen risico wordt naast registratie geen verdere actie tot het volgende vastgestelde contactmoment ondernomen. Bij twijfelachtig en reëel risico, vermoeden en vastgesteld VGV worden vervolgstappen gezet, veelal in samenwerking met het AMK.

Bij het inschatten van de benodigde tijd speelt een rol hoe groot het aantal meisjes uit de doelgroep is dat in de gemeente woonachtig is. Het gaat om meisjes van wie ten minste een van de ouders afkomstig is uit een risicoland voor VGV. Dit zijn de risicomeisjes bij wie het Standpunt moet worden uitgevoerd. Een gemeente kan gegevens over het aantal meisjes uit de doelgroep uit de GBA of bij het CBS krijgen. In kader 6 worden als voorbeeld de percentages risicolopende meisjes uit de registratie 2009 van de GGD Amsterdam weergegeven.

Uit de registratie van de GGD Amsterdam (2009) blijkt dat

- 75% van de risicomeisjes 0-4 jaar 'geen risico op dit moment', bij 23% 'twijfelachtig risico' en bij 2% 'reëel risico' loopt.
- 92% van de risicomeisjes 4-19 jaar 'geen risico op dit moment', bij 7% 'twijfelachtig risico' en bij 1% 'reëel risico' loopt.

Kader 6: Percentage risicolopende meisjes GGD Amsterdam

Aandachtsfunctionaris preventie VGV

Preventie van VGV vraagt een voortdurende aandacht. De geringe prevalentie in het grootste deel van Nederland kan ertoe leiden dat er in die gebieden te weinig aandacht en expertise is. Het is de taak van de aandachtsfunctionaris preventie VGV om het onderwerp onder de aandacht te houden, door onder andere:

- (nieuwe) JGZ-medewerkers te scholen;
- het protocol regelmatig te evalueren;
- casuïstiek te bespreken met medewerkers;
- contacten met management en leidinggevenden te onderhouden over knelpunten;
- contact met ketenpartners warm te houden;
- verslag te leggen.

Hoe dit georganiseerd wordt, kan per organisatie verschillen. Sommige taken kunnen worden ondergebracht bij de stafarts of -verpleegkundige of de arts of verpleegkundige die ook aandachtsfunctionaris kindermishandeling is. Taken rond ketenregie kunnen goed bij de aandachtsfunctionaris kindermishandeling belegd worden, omdat VGV een specifieke vorm van kindermishandeling is en de samenwerkingspartners vrijwel dezelfde zijn.

Risicotaxatie, registratie, BDS JGZ en DD JGZ

Preventie van VGV bij een individueel kind kan zelden met volledige zekerheid in één enkele activiteit afgerond worden. Meestal zijn hier verschillende gesprekken en contactmomenten voor nodig. Opname van de risicofactoren in BDS JGZ en een DD JGZ dat de risicotaxatie en registratie ondersteunt, zijn van essentieel belang.

6.3 Verantwoordelijkheden van de gemeente

Ook de gemeente is er verantwoordelijk voor dat een aantal zaken geregeld is. Verantwoordelijkheden van gemeente zijn:

- ketenafspraken en regelmatig overleg;
- maken en implementeren van een regionale sociale kaart;
- zorgen voor randvoorwaarden zodat sleutelpersonen uit migrantenzelforganisaties voorlichting kunnen geven binnen hun eigen doelgroep.

Ketenafspraken en regelmatig overleg

Het is belangrijk om alle ketenbetrokkenen zoals migrantenzelforganisaties, JGZ 0-4, JGZ 4-19, het AMK, de politie, de Raad voor de Kinderbescherming, de gynaecoloog, de verloskundige, de huisarts, de kinderarts en het hoofd kraamzorg regelmatig bij elkaar te brengen om de lijnen helder te krijgen en te houden. Dit kan bijvoorbeeld door het proces in casussen te bespreken. Het initiatief hiervoor kan een taak van de JGZ-aandachtsfunctionaris VGV zijn.

Regionale sociale kaart

Preventie van VGV kan alleen succesvol zijn als alle betrokkenen met elkaar samenwerken en goed van elkaar weten welke boodschap een ieder uitdraagt en welke activiteiten worden ondernomen. Een actuele sociale kaart van het werkgebied is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

7 Literatuur

1. Eerdenburg-Keuning, I.A. van (2005) Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis. AJN, Lisse.
2. Koert, J. van, R. Rottier, M. Bosch-van Toor (2008) Samen voor één doel: het voorkomen van besnijdenis van dat kleine meisje” Drie jaar pilots VGV (vrouwelijke genitale verminking) en nu? Evaluatie met een handreiking voor beleidsmakers. B&A Consulting bv, Den Haag.
3. Burik, A.E. van, A.M. Persoon (2009) Opbrengsten pilotprojecten VGV. Eindrapport procesevaluatie preventieprojecten VGV. Van Montfoort, Woerden.
4. Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) (2008) Modelprotocol Labiumreductie. Counseling en behandeling van vrouwen met een verzoek om reductie van de labia minora. NVOG-NVPC.
5. Korfker, D., M. Snijder, S. Detmar (2009) Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van Vrouwenbesnijdenis of (VGV) Vrouwelijke Genitale Verminking in de verloskundigenpraktijk in 2008. TNO, Leiden.
6. Gruenbaum, E. (2001) The Female Circumcision Controversy. An Anthropological Perspective. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
7. Assembly of the Union of African States. Protocol to the African Charter on human and peoples' rights on the rights of women in Africa. Union of African States, Maputo, 11 July 2003.
8. Dunnink, T., W. Lijs (2008) Rapport Activiteiten BTP JGZ per Contactmoment. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, Bilthoven.
9. Vloeberghs, Erick, Jeroen Knipscheer, Anke van der Kwaak, Zahra Naleie, Maria van den Muijsenbergh (2010) Versluierde pijn, Een onderzoek naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis, Pharos, Utrecht.
10. Pharos (2010) Concept-Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV). Pharos, Utrecht.
11. Stouwe, R. van der (2007) Standpunt Vrouwelijke genitale verminking. KNOV, Utrecht.
12. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. Richtlijn Overdracht Verloskundigen, Kraamzorg, JGZ. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. Bilthoven 2010
13. Werkgroep NVK-AJN. SAMENWERKEN EN AFSTEMMEN. Samenwerking van kinderafdelingen van ziekenhuizen en jeugdgezondheidszorg van thuiszorginstellingen. Aanbevelingen en aandachtspunten bij het opstellen van een protocol over de overdracht van gegevens van kinderen met een gezondheidsrisico. Rapport van de werkgroep van de NVK en AJN 'Overdracht en samenwerking bij pre- en dysmatuur geboren kinderen en andere kinderen met een gezondheidsrisico'. AJN, Lisse 2009.
14. Pharos (2010) Handelingsprotocol vrouwelijke genitale verminking bij minderjarigen, Uitleg en handvatten bij Ketenaanpak. Pharos, Utrecht april.

Websites:

www.nvog-documenten.nl
www.maputoprotocol.org
www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen
www.kinderrechten.nl
www.ggdkennisnet.nl
www.meisjesbesnijdenis.nl
www.kindermishandeling.nl
www.kindermishandeling.info
www.tegenvrouwenbesnijdenis.nl

8 Lijst van afkortingen

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
Actiz	Koepelorganisatie van Thuiszorgorganisaties in Nederland
AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling
BDS JGZ	Basisdataset Jeugdgezondheidszorg
BTP JGZ	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg
BW	Burgerlijk Wetboek
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
DD JGZ	Digitale Dossier Jeugdgezondheidszorg
FGC	Female Genital Mutilation
FMG	Female Genital Cutting
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
IRVK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
FSAN	Federatie Somalische Associaties Nederland
GGD Nederland	Koepelorganisatie van GGD'en in Nederland
GGD NL/PGA	GGD Nederland, afdeling Preventieve Gezondheidszorg Asielzoekers,
KNMG	Koninklijke Maatschappij voor de Geneeskunde
LVSZ	Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
OM	Openbaar Ministerie
OTS	Onder Toezichtstelling
RAC	Richtlijn Advies Commissie
RvK	Raad voor de Kinderbescherming
Standpunt	Een standpunt is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg, berustend op een inventarisatie van wat op dit moment de gangbare praktijk is en met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen.
VGZ	Vrouwelijke Genitale Verminking
VIR	Verwijs Index Risicjongeren
VON	Vluchtelingen-Organisaties Nederland
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WvSr	Wetboek van Strafrecht

Bijlage 1: Overzicht werkgroepleden, geraadpleegde organisaties en personen

Werkgroepleden

- A. Nielen en P. van Velsen namens de VGV-pilots
- H. Sachse en A. Nielen namens de AJN
- J. Sietsma en H. Duys namens de fractie Jeugd van V&VN
- Y. van Straten namens de NVDA
- K. Slinger namens GGD NL/PGA.
- S. Neppelenbroek/T. Hummeling namens GGD Nederland
- J. de Vries namens Actiz

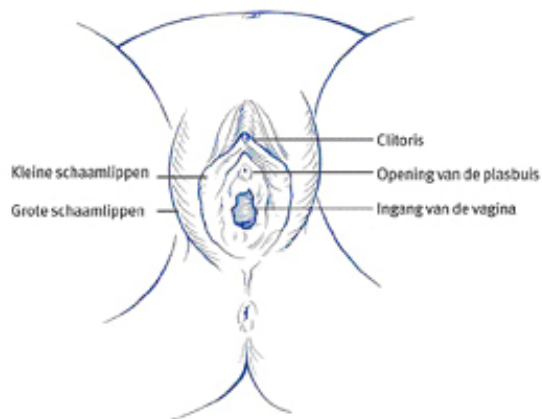
Geraadpleegde organisaties en personen

FSAN	Z. Naleie	FSAN
Gynaecologen	C. Vos	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
Inspectie	F. van Leerdam	IGZ
MO-groep Jeugdzorg	A. Derksen	Beleidsmedewerker
Pilots	M. Ekkelboom	Projectleider Preventie VGV Amsterdam
	J. Jansen	Projectleider Preventie VGV Den Haag
	E. Ndiaga	Projectleider Preventie VGV Eindhoven
	S. den Dulk	Projectleider Preventie VGV Rotterdam
	T. Hummeling	Projectleider Preventie VGV Utrecht
	M. Overmars	Projectleider Preventie VGV Tilburg
Verloskundigen	M. Aitink	KNOV
	I. Aalhuizen	KNOV
VNG	W. Hoddenbagh	Beleidsmedewerker

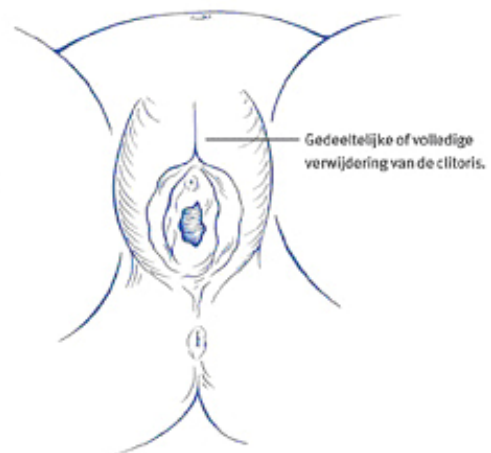
Bijlage 2: Afbeelding typen Vrouwelijke Genitale Verminking

Typen meisjesbesnijdenis

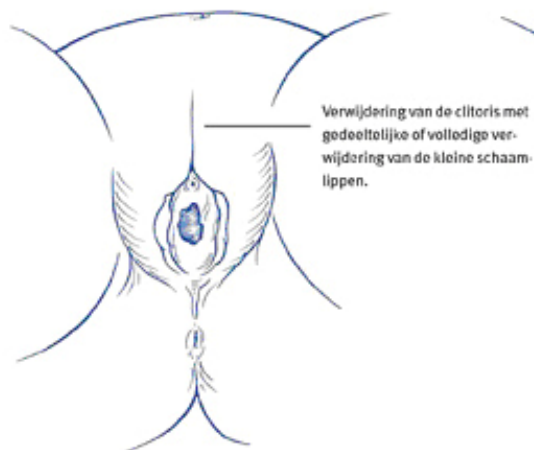
Normale vrouwelijke genitale anatomie



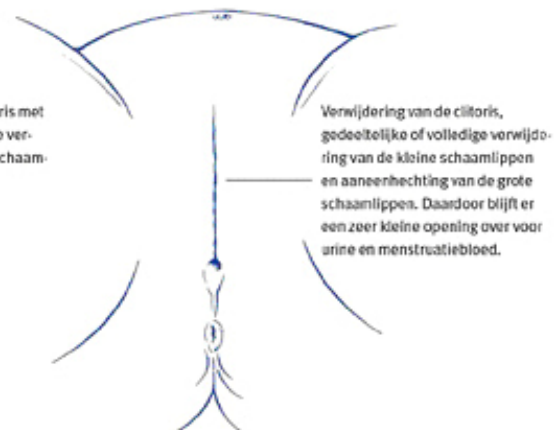
Clitoridectomie



Excisie



Infibulatie



Focal point
meisjes-
besnijdenis

Een initiatief van PHAROS

Bron: met toestemming overgenomen uit: American Academy of pediatrics, Committee on Bioethics, Female Genital Mutilation Pediatrics 102, no 1 (July 1998): 153-156. Illustratie: J. Swiatecki.

Bijlage 3: VGV-aandachtspunten in de verschillende contactmomenten

In deze bijlage wordt een aantal specifieke aandachtspunten per contactmoment beschreven.

Check bij ouders en/of meisjes of er al eerder met hen over dit onderwerp gesproken is. Start vanuit dit punt met verder uitvragen dan wel voorlichting geven.

Asielzoekerkinderen kunnen in alle contactmomenten instromen.

1. Eerste huisbezoek/intakehuisbezoek (na de perinatale screening)

Dit huisbezoek heeft diverse doelen zoals kennismaken, uitleg geven over de JGZ, het JGZ-team, privacy, klachten, nagaan hoe het met moeder en kind gaat, een risico-inventarisatie maken en de zorgbehoefte inschatten.

Vorbereiding op het huisbezoek

Kondig bij het maken van de afspraak aan dat je over persoonlijke zaken vragen zal gaan stellen en zeg dat je graag ongestoord wilt praten zonder visite erbij. Geef aan dat jij dat prettiger vindt, ook als ouders zeggen er geen problemen mee te hebben. Benadruk dat het gesprek de basis is voor vervolgesprekken. Check van tevoren of het nodig is een tolk in te zetten.

Moment om VGV aan de orde te stellen

De vraag over VGV kan goed ingepast worden als onderdeel van de vragen over de zwangerschap en bevalling. De directe relatie met kindermishandeling vermijd je zo om het gesprek open te houden.

2. Eerste bezoek aan het consultatiebureau

Tijdens dit bezoek ligt de nadruk op de medische anamnese en het onderzoek.

Moment om VGV aan de orde te stellen

Aansluiten op bespreking van de punten vanuit het huisbezoek en de verloskundige overdracht.

De verpleegkundige heeft van het huisbezoek een notitie over dit onderwerp gemaakt in het dossier waarop kan worden teruggekomen en/of genoteerd dat er eerdere voorlichtingen zijn geweest.

In dit consult zal waarschijnlijk slechts in een enkel geval al duidelijk worden hoe ouder(s) tegenover besnijdenis van hun dochter staan.

Meegeven verklaring tegen meisjesbesnijdenis.

3. Contactmoment rond 18 maanden

Het contactmoment rond 18 maanden is, afhankelijk van de regio, een contactmoment bij de arts of de verpleegkundige. De algemene doelen kunnen daardoor verschillen.

Moment om VGV aan de orde te stellen

Bij dit consult zijn verschillende onderwerpen uit het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg aan de orde waarbij de risicotaxatie VGV kan aansluiten. In de regio's waar bij dit consult een vragenlijst voor ouders wordt gebruikt met vragen over het kind, over de ouders en over de omgeving kan daarbij worden aangesloten. Aan het einde van het bespreken van de vragenlijst kan het een goed moment zijn om nog in te gaan op VGV. Je hebt dan alle andere belangrijke dingen besproken.

De vragen kunnen passen binnen de volgende onderdelen:

- opvoeden, communicatie met de partner, gebeurtenissen (ruzie binnen het gezin);
- vragen over de omgeving (andere belangrijke personen voor de opvang en/of opvoeding van het kind);
- aan het einde van het bespreken van de vragenlijst kan het een goed moment zijn om nog in te gaan op VGV. Je hebt dan alle andere belangrijke dingen besproken.

Een folder in de eigen taal kan hier een plaats krijgen ('Mijn ouders zeggen nee'). Je geeft de folder gericht mee om de informatie die al besproken is te herhalen. Thuis kunnen de ouders doorlezen wat er is besproken. Als moeder of vader niet kan lezen, dan kan de folder gebruikt worden om samen met partner of vertrouwenspersoon te lezen en te bespreken. Daarnaast kun je je als gesprekspartner aanbieden en de mogelijkheden aangeven die er voor de ouder(s) zijn om voorlichting te krijgen via eigen taal- en cultuurgroepen. Je kunt de ouder(s) over de drempel helpen.

De folder kan in de volgende contacten opnieuw worden meegegeven met aanpassing van de mogelijkheden binnen de sociale kaart op dat moment.

4. Contactmoment 3 jaar en 9 maanden op het CB

Het contactmoment rond 3 jaar en 9 maanden is, afhankelijk van de regio, een contactmoment bij de arts of de verpleegkundige. De algemene doelen kunnen daardoor verschillen. Afsluiting van de consultatiebureauperiode komt aan de orde. Dit is een goed moment om VGV aan de orde te stellen, omdat er een relatie bestaat.

In de samenvatting van de overdracht aan de ouders kan duidelijk worden aangegeven wat over VGV besproken is en het standpunt van de ouders ten aanzien van dit onderwerp.

Moment om VGV aan de orde te stellen

Geef een samenvatting van wat besproken is met betrekking tot VGV. Controleer bij de ouders of datgene wat er in de samenvatting is opgenomen, klopt.

Warme overdracht aan de leerkracht van de basisschool en het JGZ-schoolteam bij een meisje waar er twijfel of reëel risico op besnijdenis is, is aan te bevelen.

5. Contactmoment groep 2

Daar waar op dit moment met risicogroepen en -factoren wordt gewerkt om leerlingen te selecteren voor 'volledig' onderzoek, is het feit dat de risico-inventarisatie VGV opnieuw moet worden gezien, een reden voor het oproepen van het meisje met de ouder(s). Als een van de ouders uit een risicoland komt, gaat het altijd om een meisje dat in de risicogroep VGV valt, ook wanneer ouders eerder hebben aangegeven tegen VGV te zijn.

Moment om VGV aan de orde te stellen

Het bespreken van de overdracht vanuit JGZ 0-4 is een neutrale manier om het onderwerp VGV op te pakken, als dit direct in het eerste contact met volledig onderzoek na de overdracht wordt gedaan. Laat je het onderwerp liggen, dan is het veel moeilijker op te pakken en kunnen ouders zich sneller en gemakkelijker verdacht voelen.

Nabespreking op school

Bij een meisje uit de risicogroep kan in de nabespreking met de leerkracht aandacht besteed worden aan signalen die wijzen op een ophanden zijnde besnijdenis of een vermoeden dat een meisje toch is besneden. Deze voorlichting kan met een folder 'Signaalwijzer VGV' worden ondersteund. Geef de leerkracht de Signaalwijzer als hij deze nog niet heeft. De leerkracht moet daarin direct kunnen vinden met wie en hoe zij/hij contact op moet nemen wanneer er signalen zijn die mogelijk wijzen op VGV.

6. Contactmoment groep 6/7

Daar waar op dit moment met risicogroepen en -factoren gewerkt wordt om leerlingen voor 'volledig' onderzoek te selecteren, is het feit dat de risico-inventarisatie VGV opnieuw moet worden gezien een reden voor het oproepen van het meisje met de ouder(s). Als een van de ouders uit een risicoland komt, gaat het altijd om een meisje dat in de risicogroep VGV valt, ook wanneer ouders eerder hebben aangegeven tegen VGV te zijn.

Moment om VGV aan de orde te stellen

De vragen kunnen aansluiten bij de vragen over menstruatie en seksuele ontwikkeling die in de vragenlijsten voorkomen en/of bij informatie uit eerdere contacten.

Het gaat om een gesprek met ouder én meisje.

Nabespreking

Bij een meisje uit de risicogroep kan in de nabespreking met de leerkracht zoals bij groep 2-leerlingen aandacht besteed worden aan signalen die wijzen op een ophanden zijnde besnijdenis of een vermoeden dat een meisje toch is besneden.

7. Contactmoment voortgezet onderwijs (meestal klas 2)

Daar waar op dit moment met risicogroepen en -factoren gewerkt wordt om leerlingen voor 'volledig' onderzoek op te roepen, is het feit dat de risico-inventarisatie VGV opnieuw moet worden gezien een reden voor het oproepen van het meisje. Bij voorkeur met ouder(s). Als een van de ouders uit een risicoland komt, gaat het altijd om een meisje dat in de risicogroep VGV valt, ook wanneer ouders eerder hebben aangegeven tegen VGV te zijn.

Moment om VGV aan de orde te stellen

Het gesprek vindt in het algemeen plaats met het meisje alleen. Het is wenselijk dat de ouder erbij aanwezig is als VGV besproken wordt. De vragen kunnen aansluiten bij de vragen over menstruatie en seksuele ontwikkeling die in de vragenlijsten voorkomen en/of bij informatie uit eerdere contacten met de ouders.

Moet de ouder(s) geïnformeerd worden over het besprokene?

De belangen van het kind staan altijd centraal. De situatie is niet anders dan bij (vermoeden van) kindermishandeling.

Nabespreking

Bij een meisje uit de risicogroep kan in de nabespreking, meestal met de leerlingencoördinator, aandacht besteed worden aan signalen die wijzen op een ophanden zijnde besnijdenis of een vermoeden dat een meisje toch is besneden. Bespreken kan alleen met toestemming van het meisje.

8. Contactmoment instroom meisjes

Een onderzoek met risico-inventarisatie van nieuw ingestroomde leerlingen zonder gegevens is onderdeel van het aanbod van thuiszorginstellingen en GGD'en. Een deel van de nieuw ingestroomde leerlingen heeft een eerste contactmoment binnen de Preventieve Gezondheidszorg voor Asielzoekers (PGA) waarna overdracht plaatsvindt. Een meisje afkomstig uit een land van herkomst waar VGV wordt geïmplementeerd moet voor PGA worden opgeroepen. Bij voorkeur met de ouder(s).

Als het moment van uitvragen VGV bij de intake van een asielzoekermeisje niet heeft plaatsgevonden moet dit gebeuren bij een ander contactmoment.

Bij andere nieuwkomers/nieuwe instromers gebeurt dit op dezelfde manier.

Voor meisjes in de leeftijd van 0 tot en met 10 jaar zie onder contactmomenten 0-4, groep 2 en 6/7 basisonderwijs. In de leeftijd van het voortgezet onderwijs zie bij contactmoment voortgezet onderwijs. Er is een grote kans dat het meisje al besneden is, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Realiseer je dat dreiging van VGV een reden kan zijn van hun vlucht en asielaanvraag in Nederland.

Moment om VGV aan de orde te stellen

Een goede ingang is bij vragen naar menstruatie(klachten) en de urinelozing.

Als het meisje besneden is

Het doel van het gesprek als het meisje besneden is:

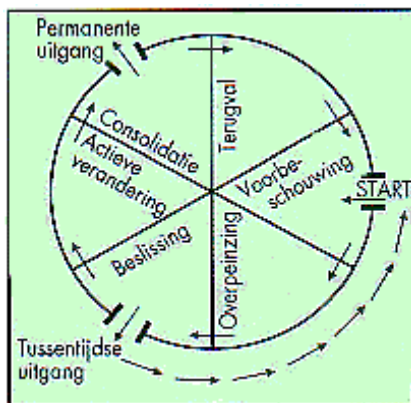
- het tijdig onderkennen van klachten die met besnijdenis samenhangen;
- het bieden van goede hulpverlening en zo nodig verwijzing van meisjes die vragen en/of klachten hebben ten gevolge van een besnijdenis;
- het voorkomen van VGV bij jongere zusjes
- het bespreekbaar maken van VGV om een bijdrage te leveren aan het in de toekomst voorkomen van besnijdenis (zij zijn de toekomstige moeders die besnijdenis bij hun eigen dochters kunnen voorkomen!).

Bijlage 4: Motiverende gespreksvoering

De principes van motiverende gespreksvoering liggen ten grondslag aan het gesprek over VGV.

Het model

Een verandering, in dit geval gedragsverandering ten aanzien van meisjesbesnijdenis, verloopt procesmatig. Het is als het ware een draaideurmodel (zie figuur) waarbij de ouder in elk segment van deze draaideur een aantal klussen moet klaren voordat zij/hij verder kan. De ouder doorloopt bewust of onbewust verschillende fases voordat zij/hij tot een definitieve keuze komt. Het is de taak van de hulpverlener om de ouder hierin te ondersteunen. Voor de hulpverlener is het essentieel om te kunnen duiden in welke fase van het veranderingsproces (de cirkel) de ouder zich bevindt. Deze fase bepaalt de interventies van de hulpverlener en/of die al dan niet succesvol zullen zijn.



De fases

Telkens moet men zich afvragen in welke fase de moeder en/of vader zich bevindt.

Fase 1: voorbeschuiving

De moeder en/of vader is zich niet bewust van het probleem. De relatie tussen de besnijdenis en gezondheidsproblemen wordt niet gelegd. Voorlichting kan verzet oproepen. Versterken van het zelfbeeld is belangrijk.

Fase 2: overpeinzing

De moeder en/of vader is zich bewust van het probleem. Voorlichting over de gezondheidsrisico's na meisjesbesnijdenis en over de wetgeving in Nederland, rechten en bescherming van het kind, is van belang. Voor- en nadelen worden afgewogen om tot een beslissing te komen. Ook de mening van anderen (vader en/of moeder, familie, omgeving, zelfhulp groepen) is van belang.

Fase 3: beslissing

De moeder en/of vader neemt een beslissing om de dochter wel of niet te laten besnijden. Afhankelijk van de beslissing is of extra voorlichting of juist ondersteuning nodig.

Fase 4: actieve verandering of actie

Ondersteuning door de hulpverlener is nodig.

Fase 5: consolidatie

De keuze maakt deel uit van het gedrag van de persoon.

Er kan altijd een terugval komen en dan moeten dezelfde fases opnieuw worden doorlopen.

Vragen bij de fases

Fase 1 en 2

Ziet moeder en/of vader (meisjes)besnijdenis als een probleem?

Fase 2

Hoe denkt moeder en/of vader over meisjesbesnijdenis?

Wat weet moeder en/of vader over gezondheidsrisico's en de wet?

Welke invloed heeft de familie (in Nederland en in het land van herkomst) en de omgeving?

Fase 3

Kan moeder en/of vader de beslissing zelfstandig nemen? Voelt zij zich voldoende zeker?

Fase 4

Welke ondersteuning kan geboden worden?

Voorbeeld vragen vanaf groep 6/7

Over de menarche:

- Hoeveel dagen heb je bloedverlies?
- Heb je het gevoel dat het bloed goed wegvloeit?
- Hoe lang heb je pijn, bijvoorbeeld dagen, uren?
- Waar heb je baat bij om deze periode door te komen?

Vragen naar klachten wanneer meisje is besneden:

- Vraag naar de kennis van het menselijke lichaam.
- Heb je klachten? Welke klachten heb je?
- Waar komen de klachten vandaan?
- Hoelang duurt het plassen? (Vraag niet of het plassen normaal gaat, want voor een besneden meisje of vrouw is het normaal dat plassen lang duurt). Is snel plassen ook mogelijk?
- Heb je het gevoel dat er urine achterblijft, zodat je weer moet plassen voordat je het toilet verlaat?
- Verlies je urine als je hard moet lopen?

Voorbeeld vragen in voortgezet onderwijs

Indien ouders aanwezig zijn, kunnen vragen die vermeld staan bij PGO groep 6/7 gebruikt worden.

Meisje wil niet besneden worden maar is bang dat het toch gaat gebeuren.

Geef handvatten mee, zoals het telefoonnummer van de kindertelefoon en het AMK zodat ze in staat is om zelf iets te doen. Kan ze bij de decaan of de mentor terecht? Zijn er anderen die haar kunnen steunen en die ze vertrouwt?

Bijlage 5: Voorbeeldzinnen voor gesprekken over VGV

Het doel van de gespreksvoering over VGV is tweeledig: enerzijds om antwoord krijgen op de vraag of dit meisje risico loopt om besneden te worden en anderzijds om duidelijk maken dat meisjesbesnijdenis een ernstig strafbaar feit is en slecht voor de gezondheid. Van meisjes die je niet vanaf de geboorte hebt gezien, wil je weten of het meisje al besneden is, met als doel door te verwijzen als er klachten zijn, en ook om jongere zusjes te kunnen beschermen tegen besnijdenis.

Draag de algemene boodschap uit: alle vormen van meisjesbesnijdenis zijn in Nederland bij de wet verboden vanwege de rechten/bescherming van het kind en de gezondheidsrisico's.

Ook bied je je aan als gesprekspartner en leg je uit wat de rol is van de JGZ: VGV is strafbaar en slecht voor de gezondheid en daardoor een onderwerp van gesprek en voorlichting in de contacten met de JGZ. Daarnaast bied je hulp aan.

De voorbeeldzinnen hebben als doel om inzichtelijk te maken welke factoren altijd in kaart gebracht moeten worden om het risico in te kunnen schatten. Dit om te voorkomen dat te snel en onterecht wordt ingeschat dat er geen risico op besnijdenis is.

Het gaat om de volgende risicofactoren:

- is moeder besneden;
- zijn oudere zusjes besneden;
- hoe denkt moeder over besnijdenis van haar dochter;
- hoe denkt vader over besnijdenis van zijn dochter;
- hoe denken de familie of voor het gezin belangrijke personen in Nederland over besnijdenis;
- hoe denkt de familie van beide ouders in het land van herkomst over besnijdenis;
- zijn beide ouders op de hoogte van de gezondheidsproblemen die besnijdenis met zich mee kan brengen;
- zijn beide ouders op de hoogte van de strafbaarheid van meisjesbesnijdenis in Nederland.

Inleidende vragen

Het is niet bekend of moeder is besneden, maar moeder komt uit een land waar VGV gepraktiseerd wordt:

- 'Ik wil u ook nog iets vragen over een onderwerp dat te maken heeft met het land waar u vandaan komt. In ... (land van herkomst noemen) worden veel meisjes besneden. Hoe denkt u over meisjesbesnijdenis? Wat betekent besnijdenis voor u?'
- 'Ik weet dat (sommige) vrouwen in uw land (land van herkomst benoemen) besneden zijn en het belangrijk vinden. Bent u zelf ook besneden? Wat vindt u er zelf van? Kunt u mij daar meer over vertellen?'
- 'Ik heb/mijn collega heeft met u gesproken over hoe het gaat met uw kind en uw gezin/we hebben zojuist een aantal belangrijke onderwerpen besproken. Een ander onderwerp waar ik graag met u over wil praten, is meisjesbesnijdenis.'
- 'Is het in uw gemeenschap de traditie om meisjes te besnijden?'

Het is bekend (uit overdracht of dossier) dat moeder is besneden

- ‘Ik lees in de overdracht van de verloskundige, gynaecoloog of de kraamverzorgende dat u besneden bent. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?’
- ‘Ik lees in de overdracht van de verloskundige, gynaecoloog of kraamverzorgende dat zij/hij met u gesproken heeft over besnijdenis. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?’
- ‘Ik lees in de overdracht van de verloskundige, gynaecoloog of kraamverzorgende dat u besneden bent en dat er daardoor problemen zijn geweest in de zwangerschap/tijdens de bevalling. Kunt u mij daar iets meer over vertellen?’
- ‘U heeft (tijdens het huisbezoek of het vorige consult) met mijn collega gesproken over de besnijdenis en tradities in uw land of aan mijn collega verteld dat u besneden bent. Mijn collega heeft u ook verteld dat we hierover op verschillende momenten met u zullen praten. Hoe is het voor u om het over meisjesbesnijdenis te hebben? Wilt u daar nog iets over vertellen of heeft u vragen? Als u later vragen heeft of hulp nodig heeft kunt altijd bij mij terecht.’
- ‘In Nederland is besnijdenis verboden omdat het veel gezondheidsproblemen kan geven. Daarover is gelukkig in Nederland de laatste tijd meer kennis en er zijn vrouwelijke artsen die kunnen helpen als er problemen zijn die door de besnijdenis veroorzaakt worden.’
- ‘Heeft u wel eens met uw partner over besnijdenis gesproken? Weet u hoe hij erover denkt?’

Er is al eerder over VGV gesproken met (een van de) ouders

- ‘Ik (of mijn collega) heb/heeft met u al eens eerder over meisjesbesnijdenis gesproken, hoe denkt u daarover en hoe uw partner?’ Hier kan dan ook doorgevraagd worden naar hoe andere belangrijke mensen in de omgeving erover denken.
- ‘Praat u met uw partner wel eens over meisjesbesnijdenis? Wat vindt u en wat vindt uw partner van het besnijden van meisjes? Wilt u of uw partner uw dochter laten besnijden?’
- Er is dan aansluitend een mogelijkheid om voorlichting over de gezondheidsrisico's, rechten/bescherming van het meisje te geven.
- ‘Ik (of mijn collega) heb/heeft net gesproken over hoe het gaat met uw kind en uw gezin of we hebben zojuist een aantal belangrijke onderwerpen besproken. Een ander onderwerp waar u met mij (of mijn collega) eerder over gesproken heeft, is meisjesbesnijdenis. Daar wilde ik nu ook nog even op terugkomen.’
- ‘U vertelde toen dat u besneden bent, wilt u mij daar wat meer over vertellen? Is het in uw gemeenschap de traditie om meisjes te besnijden? Zijn de oudere zusje(s) van dit meisje besneden? Wilt u of uw partner uw dochter laten besnijden?’

Gesprek met het meisje zelf (als niet bekend is of zij besneden is)

- ‘In de gesprekken met je moeder, vader of ouders hebben we het over meisjesbesnijdenis gehad. Praten jullie daar thuis wel eens over?’
- ‘Weet je of het in jouw familie gewoonte is om meisjes te besnijden?’
- ‘Ken je zelf iemand in je omgeving die besneden is?’
- ‘Wat vind je van meisjesbesnijdenis? Positief/negatief?’
- ‘Heb je wel eens iets gelezen over besnijdenis of er iets over gezien, bijvoorbeeld op internet of op de tv?’
- ‘Wil je moeder of je ouders (of familie) dat je besneden wordt? Zo ja, hoe vind je dat? Wil je zelf ook besneden worden?’
- ‘Kun je (bij afwijzen besnijdenis) steun krijgen bij mensen die je vertrouwt?’

Verdiepingsvragen

Als moeder vertelt dat ze niet besneden is

- ‘Bent u helemaal niet besneden, ook niet een klein beetje?’
- ‘Zijn andere vrouwen in uw gemeenschap wel besneden? Hoe is het voor u om niet besneden te zijn?’

Als moeder wel besneden is

- ‘Hoe bent u besneden?’ Laat moeder beschrijven of als het mogelijk is, op een plaatje laten aanwijzen om welke vorm van besnijdenis het gaat. Soms zeggen ouders ‘een beetje besneden’, vaak bedoelen ze dan een clitoridectomie.
- ‘Op welke leeftijd bent u besneden?’
- ‘Is het in uw gemeenschap de traditie om meisjes te besnijden?’
- ‘Wat betekent besnijdenis voor u?’
- ‘Hoe belangrijk is het voor u?’
- ‘Ik heb gehoord dat het in een aantal landen een mooie, feestelijke dag is. Is dat in uw thuisland ook zo? Kunt u daar iets meer over vertellen?’
- ‘Heeft u lichamelijke klachten als gevolg van de besnijdenis? Bijvoorbeeld pijn bij het plassen of bij het vrijen?’
- ‘Bent u wel eens verdrietig of somber omdat u besneden bent?’
- ‘Wat zijn u en uw partners plannen voor uw dochter? Wilt u of uw partner uw dochter laten besnijden?’

Zowel als moeder besneden is, als wanneer zij niet besneden is, doorvragen naar de familie

- ‘Is uw moeder besneden? Is de moeder van uw man/partner besneden?’
- Als er oudere zusjes zijn: ‘Zijn de oudere zusjes van dit meisje besneden?’
- ‘Zijn uw zussen besneden? En die van uw man?’
- ‘Zijn de kinderen van uw (schoon)zussen besneden?’ Dit geeft een idee van de tradities binnen de familie.
- ‘Kent u zelf vrouwen die besneden zijn, vriendinnen bijvoorbeeld?’
- ‘Weet u hoe deze vrouwen besneden zijn?’
- ‘Weet u op welke leeftijd zij besneden zijn?’

Vragen die gesteld kunnen worden om de invloed van andere mensen in de omgeving en familie, ook die in het land van herkomst, op de beslissing van de ouders duidelijk te krijgen (deze vragen ook stellen wanneer ouders aangeven dat zij hun dochter niet willen laten besnijden)

- ‘Gaat uw wel eens op familiebezoek in het buitenland? Wie gaat u bezoeken? Wanneer en met wie gaat u daarheen? Verblijft uw dochter daar ook zonder u?’
- ‘Hoe denken mensen in uw omgeving over meisjesbesnijdenis?’
- ‘Heeft u contact met uw (schoon)familie, hier of in het buitenland? Hoe denken uw (schoon)ouders, (schoon)zussen, broers, zwagers over meisjesbesnijdenis? Willen zij dat u dochter besneden wordt? Hoe is dat voor u?’
- ‘Is meisjesbesnijdenis een onderwerp waarover in de familie wordt gesproken?’
- ‘Praat u met uw partner wel eens over meisjesbesnijdenis? Wat vindt uw partner van het besnijden van meisjes?’
- ‘Weet u hoe uw (schoon)moeder/(schoon)zus/vriendinnen denken over het wel of niet besnijden van meisjes?’
- ‘Als de familie wil dat uw dochter besneden wordt, kunt u er dan voor zorgen dat dit niet gebeurt? Heeft u hier hulp bij nodig? Heeft u de verklaring tegen meisjesbesnijdenis al?’

Als je terugkomt op een eerder gesprek

- ‘In het dossier van uw kind lees ik dat u besneden bent en dat u uw dochter wilt laten besnijden. Denkt u daar nog steeds zo over? En hoe denkt uw partner daarover? En uw familie?’
- ‘In het dossier van uw kind lees ik dat u niet besneden bent en uw dochter niet wilt laten besnijden. [Positief bekrachtigen!] Denkt u daar nog steeds zo over? En hoe denkt uw partner over meisjesbesnijdenis? Hoe denkt uw omgeving erover? Heeft u nog contact met familie in uw thuisland? Hoe wordt daar over meisjesbesnijdenis gedacht? Op welke leeftijd is dit gebruikelijk?’
- ‘In het dossier van uw kind lees ik dat u besneden bent en dat u twijfelt of u uw dochter wel of niet wilt laten besnijden. Hoe denkt u er nu over?’

Een melding aan het AMK moet aan de ouder(s) worden verteld:

- ‘Ik heb over besnijdenis van uw dochter gesproken en u hebt mijn zorg dat u uw dochter zal laten besnijden, niet weggenomen. Ik zal mijn zorg met een collega delen en het melden bij het AMK.’

Gesprek met het meisje zelf (als niet bekend is of zij besneden is)

- ‘Wil je moeder of je ouders (of familie) dat je besneden wordt? Zo ja, hoe vind je dat? Wil je zelf ook besneden worden?’
- ‘Kun je (bij afwijzen besnijdenis) steun krijgen bij mensen die je vertrouwt?’

Vragen naar klachten wanneer meisje is besneden

- ‘Heb je wel eens ergens pijn? Heb je wel eens buikpijn? Heb je pijn als je moet plassen?’
- ‘Waar komen de klachten vandaan?’
- ‘Hoe lang duurt het plassen?’ [Vraag niet of het plassen normaal gaat, want voor een besneden meisje of vrouw is het normaal dat plassen lang duurt.]
- ‘Kun je ook snel plassen?’
- ‘Heb je het gevoel dat er urine achterblijft, zodat je weer moet plassen voordat je het toilet verlaat?’
- ‘Verlies je urine als je hard moet lopen?’
- (vraag aan een ouder meisje) ‘Hoe vind je het dat je besneden bent?’ Als een meisje besnijdenis normaal en goed vindt omdat een onbesneden meisje een hoer zou worden, dan is het goed om het meisje voorlichting te geven met het oog op het feit dat zij over een aantal jaar waarschijnlijk zelf moeder wordt.

Na de menarche:

- ‘Hoeveel dagen heb je bloedverlies?’
- ‘Heb je het gevoel dat het bloed goed wegvloeit?’
- ‘Hoe lang heb je pijn (bijvoorbeeld dagen, uren)?’
- ‘Waar heb je baat bij om deze periode door te komen?’

Mogelijke reacties van ouders

Telkens zal de reactie van de moeder of vader bepalen hoe je verder moet gaan met het gesprek. Let daarbij ook vooral op de non-verbale communicatie.

Ouder vertelt de dochter niet te laten besnijden.

Positief bekrachtigen.

- ‘Hoe denkt uw partner erover?’
- ‘Hoe denken andere mensen in uw omgeving erover? Zijn er belangrijke personen voor de verzorging of opvoeding van uw kind? Is er een speciaal iemand die u om raad vraagt?’
- ‘Waar woont uw familie? Hoe denken zij erover?’
- Zie voor meer voorbeeldvragen onder 2 ‘Vragen die gesteld kunnen worden om de invloed van andere mensen in de omgeving duidelijk te krijgen’.

Als de ouder niet ingaat op de vragen of kwaad wordt

- Gevoelens van ouders benoemen (angst, onzekerheid, wantrouwen, boosheid).
- ‘Ik merk dat het op dit moment moeilijk is om hierover te praten.’
- ‘U wilt er op dit moment niet over praten. Daar heb ik begrip voor. Ik wil wel dat u weet dat meisjesbesnijdenis verboden is in Nederland en dat geldt voor alle vormen. Het is een ernstig strafbaar feit waarvoor u in de gevangenis kunt komen. Ook als u het in het buitenland laat doen. Ik noteer in het dossier dat ik dit met u heb besproken.’
- ‘Een andere keer zal ik op dit onderwerp terugkomen. Ik zou het fijn vinden om dan met u in gesprek te kunnen gaan.’

Ouder klapt dicht of zegt dat ze het moeilijk vindt om erover te praten

- ‘Ik zie/u zegt dat u het moeilijk vindt om over het onderwerp meisjesbesnijdenis te praten. Ik kan me voorstellen dat u het moeilijk vindt. Het is ook een lastig onderwerp om over te praten. Wat vindt u er vooral moeilijk aan? Is er iemand waarmee u daar wel over kunt praten?’ [Aanhaken waar mogelijk met sleutelfiguren of eigen voorlichters eigen taal en cultuur (vetc’ers.)]
- ‘Een andere keer zal ik op dit onderwerp terugkomen. Ik zou het fijn vinden om dan met u in gesprek te kunnen gaan.’

Ouder zegt dat hij/zij het er niet over wil hebben, 'het gaat je niks aan', en wil je niets vertellen.

Gevoelens van moeder/ouders benoemen (angst, agressie, onzekerheid) en nogmaals uitleggen waarom je ernaar vraagt. De nadruk leggen op de preventie van gezondheidsrisico's om moeder aan het denken te zetten en het gesprek meer open te houden. Bespreken van gezondheidsrisico's is vooral een goede insteek bij infibulatie en excisie, daarnaast de rechten/bescherming van het meisje noemen. Bij de lichtere vormen zal de nadruk moeten liggen op de rechten/bescherming van het meisje. Respecteer verder de wens en geef aan dat moeder, als moeder er zelf over wil praten of vragen heeft, er altijd op kan terugkomen.

Ouder vraagt wat u met die informatie gaat doen.

'We praten met u over meisjesbesnijdenis omdat het risico's heeft voor de gezondheid van uw dochter en omdat het strafbaar is. We schrijven het op omdat mijn collega's dan ook weten wat we besproken hebben zodat ze het niet opnieuw hoeven te vragen.'

Ouder geeft aan dat hij/zij niet wil dat de dochter besneden wordt, maar haar man/vrouw en familie/omgeving wil dat wel.

Positief bekrachtigen.

Breng in kaart hoe acuut het risico is. Bespreek de mogelijkheden voor een gesprek met de andere ouder(huisbezoek) met behulp van de inzet van sleutelpersonen of een vetc'er. Vraag advies aan het AMK voor je dit gesprek ingaat (je hoeft hierbij de naam van het kind/de ouders niet te noemen). Vraag naar andere ondersteuningmogelijkheden of belangrijke personen rond het gezin of in de gemeenschap.

[Hier is sprake van twijfelachtig of reëel risico. Bij reëel risico of aanhoudend twijfelachtig risico melden bij het AMK.]

Ouder geeft aan dat hij/zij niet wil dat haar dochter besneden wordt, maar je hebt het gevoel dat het een sociaal wenselijk antwoord is.

- 'Ik hoor u zeggen dat u uw dochter niet wilt laten besnijden. Ik kan me voorstellen dat u hierover gemengde gevoelens heeft. Staat u hier zelf ook achter of doet u dit omdat het in Nederland verboden is?'
- 'Ik begrijp dat u uw dochter niet wilt laten besnijden, graag kom ik er later nog eens op terug omdat het toch een heel moeilijke beslissing is die je niet zomaar neemt.'
- Wijs op de gezondheidsrisico's en het feit dat het bij wet verboden is in Nederland. Wees duidelijk dat je het in het dossier noteert.
- [Hier is sprake van twijfelachtig risico. Als vervolgactie kun je denken aan een gesprek met vader erbij of de inzet van sleutelpersonen of een vetc'er. Bij aanhoudend twijfelachtig risico melden bij het AMK.]

Moeder/vader vertelt dat ze haar dochter wil laten besnijden.

- ‘Ik begrijp dat u uw dochter wilt laten besnijden. Ik heb gehoord dat het in uw land van herkomst belangrijk is.’
Wijs op de negatieve gevolgen voor de gezondheid van het meisje. Vervolgens erop wijzen dat de rechten van het kind op bescherming in Nederland bij de wet zijn geregeld. Wees duidelijk over de wet. Gedragsverandering is onder sociale druk erg moeilijk en wetgeving en gezagsgevoeligheid kunnen dan de eerste basis zijn om toch verder te komen.
- ‘Wanneer wilt u uw dochter laten besnijden?’
- ‘U vertelt dat u uw dochter wilt laten besnijden. Ik maak me hier zorgen over. U weet dat dit in Nederland verboden is en dat het slecht is voor de gezondheid van uw dochter. Ik ga mijn zorgen melden bij het AMK. Zij zullen dan contact met u opnemen.’
[Hier is sprake van reëel risico. Als vervolgactie kun je denken aan een gesprek met vader erbij of de inzet van sleutelpersonen of een vetc’er. Neem ook contact op met de aandachtsfunctionaris VGV van de JGZ en van het AMK voor advies en/of melding. Vertel het de ouders als je melding doet bij het AMK.]

Meisje wil niet besneden worden maar is bang dat het toch gaat gebeuren.

- Ga na wie in haar eigen netwerk haar kan helpen of zorg voor professionele hulp.
- Vraag advies aan het AMK en/of doe een melding. Als je een melding doet, vertel dat dan aan het meisje. Spreek met het AMK af hoe je omgaat met de privacy van het meisje en vertel het meisje wat je daarover hebt afgesproken.
- Houd in de gaten of het meisje bij hulpverlening aankomt en roep het meisje later nog eens op om te monitoren of het nog goed gaat.

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Jeugdgezondheid

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl