
Zorgpad Vrouwelijke genitale verminking

VSV Alrijne Leiderdorp / VSV Leiden

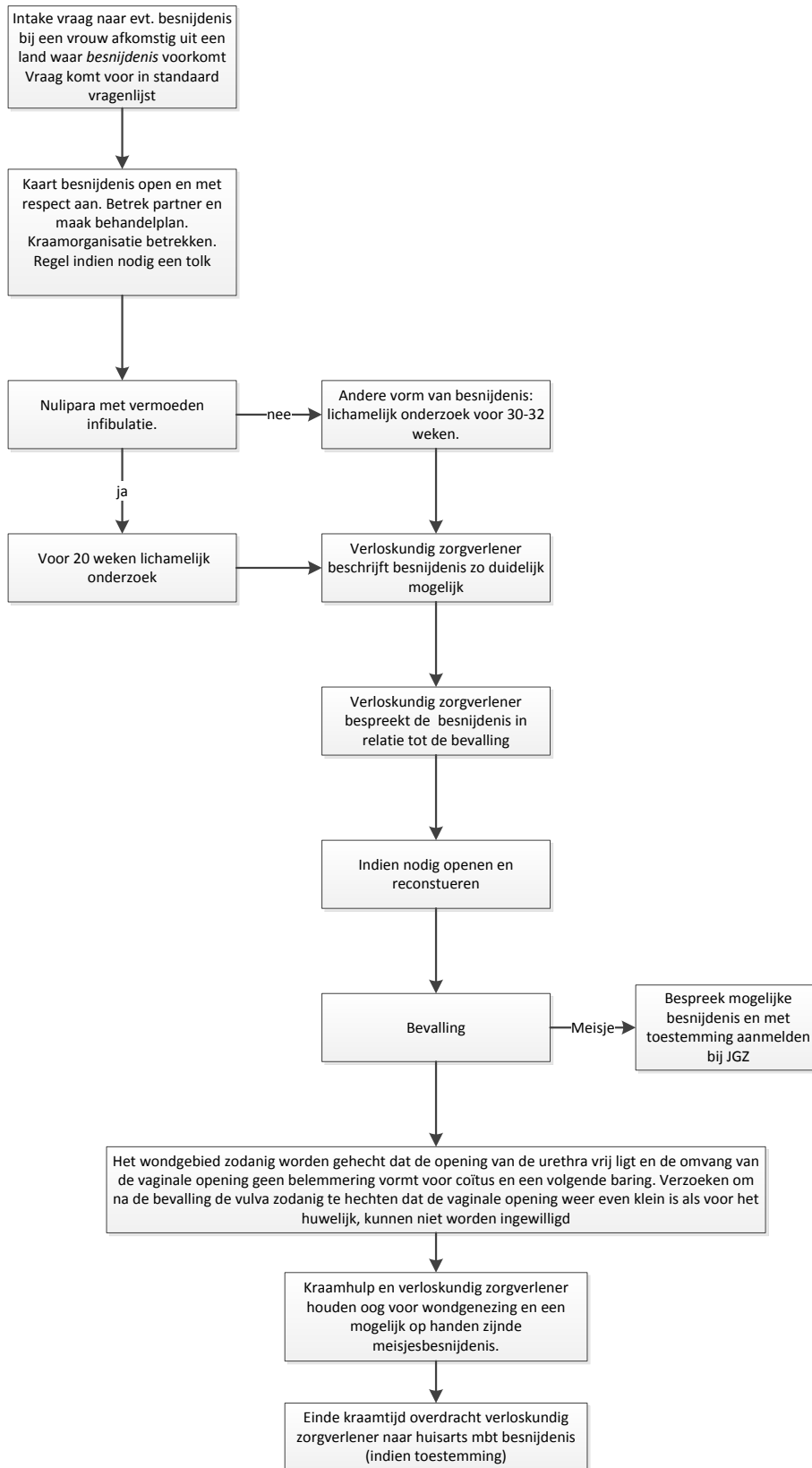
Status:
Versie/laatst aangepast:

Definitief
april 2020

Disclaimer:

- Dit zorgpad is met de grootst mogelijke zorg opgesteld op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Leiderdorp en Leiden e.o.
- Dit zorgpad kan en mag gebruikt worden door: alle leden van het VSV Alrijne Leiderdorp en VSV Leiden en alle partners in de keten.
- Dit zorgpad is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontleen aan de inhoud hiervan.

Flowchart Vrouwelijke genitale verminking



Tolkenvertaalcentrum
tel: 088-255222

Jeuggezondheidszorg

Team Aandachtsfunctionarissen
Kwetsbare kinderen &
Kinder mishandeling (waaronder
VGV)

Mailadres:
afkwetsbarekinderen@ggdhm.nl

Telefoon: 0883084040

Lamis Haidar, adviseur
meisjesbesnijdenis en jeugdarts.

Mailadres: lhaidar@ggdhm.nl

Telefoon: 0883084974

Expert in de regio

Thomas van de Akker,
Gynaecoloog LUMC

Bij vermoeden onveiligheid en bij vermoeden van een op handen zijnde besnijdenis informeer met toestemming cliënt betrokken zorgverleners. Start de meldcode KM/HG. Vraag advies aan de vertrouwensartsen van Veilig Thuis. Bij acute onveiligheid bel direct Veilig Thuis 088-3083636

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Flowchart Vrouwelijke genitale verminking..... | 3 |
| Inhoudsopgave..... | 4 |
| 1. Achtergrond..... | 5 |
| 1.1. Aanleiding | 5 |
| 1.2. Definitie | 5 |
| 1.3. Doel | 6 |
| 1.4. Doelgroep | 6 |
| 1.5. Betrokken ketenpartners | 6 |
| 2. Zorgpad | 7 |
| 2.1. Signaleren..... | 7 |
| 2.2. Bespreken..... | 7 |
| 2.3. Lichamelijk onderzoek tijdens de zwangerschap | 8 |
| 2.4. Informeren..... | 8 |
| 2.5. Openen en reconstrueren..... | 9 |
| 2.6. Nazorg | 9 |
| 2.7. Preventie van meisjesbesnijdenis..... | 9 |
| Bronnen | 11 |
| Bijlage 1: Sociale kaart | 12 |
| Bijlage 2: Typen Vrouwelijke Genitale Verminking | 13 |
| Bijlage 3: Kaart van Afrika: Risicolanden en prevalentie VGV | 14 |
| Bijlage 4: Scholing | 15 |
| Bijlage 5: Foldermateriaal, voorlichtingsmateriaal | 16 |
| Bijlage 6: Juridische aspecten en wetgeving in Nederland..... | 17 |
| Strafbaarheid..... | 17 |
| Verblijfsvergunning | 17 |
| Tuchtrecht | 17 |
| Meldcode..... | 17 |
| Bijlage 7: Wijzigingen..... | 18 |

1. Achtergrond

1.1. Aanleiding

Naar aanleiding van de veldnorm kindermishandeling en huiselijk geweld van de IGZ (juli 2013) en het implementatieplan van de Begeleidingsgroep Kindermishandeling van het Alrijne ziekenhuis (oktober 2013) dient een zorgpad Kwetsbare Zwangere opgesteld te worden. Met de 'kwetsbare zwangere' wordt de zwangere bedoeld waarbij sprake is van uiteenlopende problematiek waarbij niet-medische risicofactoren (zoals psychiatrische, psychosociale en financiële) een rol spelen. Vrouwelijke genitale verminking (VGV) behoort tot die problematiek. Bij het opstellen van het zorgpad was er behoefte aan een ketenprotocol genitale verminking dat beschrijft vanuit de verloskundigen hoe te handelen bij genitale verminking.

1.2. Definitie

Meisjes- of vrouwenbesnijdenis is het gedeeltelijk of volledig wegsnijden van de schaamlippen en/of de clitoris (clitoridectomie, samentrekking van clitoris en ectomie is het gedeeltelijk of volledig wegsnijden van de clitoris). Deze ingreep heet ook wel vrouwelijke genitale verminking (VGV) of naar het Engels female genital mutilation (FGM) of female genital cutting (FGC).

Een besnijdenis van een vrouw/meisje betreft vaak het operatief verwijderen van de clitoris. Ook het verwijderen van andere delen van de genitaliën wordt vaak besnijdenis genoemd. Dit is een operatie die in de meeste westerse landen wordt gezien als verminkend, misdadig en vrouwonwaardig. Alle vormen van VGV zijn in Nederland verboden. In sommige culturen is de besnijdenis van vrouwen echter geaccepteerd. Hierbij zijn een aantal vooronderstellingen namelijk dat besnijdenis ervoor zorgt dat vrouwen voor en tijdens het huwelijk rein zijn en men stelt dat de vulva door besnijdenis mooier en schoner is. Besnijdenis zou ook de vruchtbaarheid bevorderen, er wordt voorkomen dat de vrouw plezier beleeft aan seksualiteit en geslachtsgemeenschap en het houdt een duidelijke verandering van meisje naar vrouw in.

Het gebeurt op jonge leeftijd, variërend van vlak na de geboorte tot vóór de puberteit. Meisjesbesnijdenis komt in verschillende vormen en gradaties voor. De WHO onderscheidt vier typen van besnijdenis.

Type I: geheel of gedeeltelijke excisie van de clitoris met of zonder excisie van het preputium clitoridis (clitoridectomie).

Type II: geheel of gedeeltelijke excisie van de clitoris en van de labia minora met geheel of gedeeltelijke verwijdering van labia majora.

Type III: excisie van de externe genitaliën en hechten/vernauwen van de introitus vaginae met of zonder verwijdering van de clitoris. Dit wordt ook wel infibulatie of faronische besnijdenis genoemd.

Type IV: overige vormen zoals prikken, piercen, snijden in de clitoris en/of labia en brandwonden aanbrengen (cauterisatie) bij de clitoris of vagina.

Vrouwen zelf gebruiken vaak de Arabische term "sunna". Letterlijk betekent dit woord traditie; het wordt vaak gebruikt om de mildere vormen van vrouwenbesnijdenis aan te duiden.

Soms (volgens een verloskundige uit Engeland 30%!) tref je na infibulatie een intacte clitoris aan! Degene die de besnijdenis uitvoert in de dorpen hebben vaak best door dat de clitoris onhandig bloedt en dat je er maar beter niet in kunt snijden. Dan zijn alleen de schaamlippen weggesneden.

1.3. Doel

Dit zorgpad beoogt richtlijnen op te stellen over de wijze waarop, tijdens de zwangerschap en de bevalling en kraamtijd, verschillende medische beroepsgroepen medische, psychosociale en seksuele zorg kunnen leveren aan meisjes en vrouwen die -al dan niet op minderjarige leeftijd- slachtoffer zijn geworden van vrouwelijke genitale verminking.

Dit zorgpad gaat ook over preventie van meisjesbesnijdenis bij de pasgeborene.

1.4. Doelgroep

Zwangere meisjes en vrouwen die slachtoffer zijn geworden van vrouwelijke genitale verminking en hun pasgeboren kind (v).

1.5. Betrokken ketenpartners

- Alrijne ziekenhuis Leiderdorp
- Maatschap gynaecologen
- Maatschap kinderartsen
- O&G-verpleegkundigen en klinisch verloskundigen
- Verloskundigen coöperatie Leiden en omstreken (LEO)
- Verloskundigen die niet zijn aangesloten bij coöperatie LEO maar wel onder het VSV vallen
- Kraamzorg samenwerkingsverband Leiden en omstreken (KLEO)
- PZJ: dit staat voor sector Publieke Zorg voor Jeugd van de GGD, waar de Jeugdgezondheidszorg onderdeel van is.

2. Zorgpad

In het geval van een zwangerschap dient bij vrouwen uit risicolanden communicatie over al dan niet besneden zijn zo spoedig mogelijk op gang te komen. Het verdient aanbeveling tijdens de zwangerschap tijdig (bij voorkeur het 1e trimester, maar liever niet tijdens de eerste controle) een lichamelijk onderzoek te verrichten teneinde eventuele belemmeringen voor inwendig onderzoek en baringsbelemmeringen voor de bevalling op te kunnen heffen in het 2e trimester. Wanneer de opening van de urethra zichtbaar is en wanneer twee vingers de introïtus kunnen passeren zonder pijn, zal de VGV geen grote problemen geven tijdens de bevalling. Wel is dan goede informatie nodig. In gevallen waar de opening dermate klein is dat toucheren tijdens de baring onmogelijk is, is verder openen van het littekenweefsel in 2e trimester aan te bevelen, volgens KNOV standpunt en NVOG modelprotocol. Experts in de regio raden aan te wachten met openen durante partu. Indien toch twijfel bestaat of openen prenataal plaats moet vinden bestaat de mogelijkheid advies in te winnen bij/patiënte te verwijzen naar Thomas van de Akker, gynaecoloog LUMC.

Bij een bevalling wordt de opening naar de vagina eventueel verder geopend door een episiotomie anterior tot de urethra zichtbaar is. Dit gebeurt onder lokale anesthesie tijdens het insnijden van het hoofd waarbij de urethra beschermd wordt. Mocht er dan bij het doorsnijden van het hoofd nog een baringsbeperking bestaan dan is een conventionele mediolaterale episiotomie aangewezen. De wondranden van de episiotomie anterior worden ter haemostase zo nodig doorlopend gehecht, waarbij er zorg voor wordt gedragen dat de urethra vrij blijft. De eventuele mediolaterale episiotomie wordt regulier gehecht.

Aan een verzoek van de vrouw om na de bevalling weer opnieuw dichtgemaakt te worden tot de oorspronkelijk situatie van voor de bevalling (her-infibulatie) mag niet tegemoet gekomen worden. Het is van belang dat dit zo mogelijk tijdens de zwangerschap al besproken wordt met cliënt en haar partner. Daarnaast dient er bij geboorte van een meisje oog te zijn voor signalen van een mogelijke besnijdenis, en voor preventie samengewerkt te worden met de JGZ.

Iedere stap is hierna kort besproken. Uitgebreide informatie is te vinden in [KNOV-standpunt 'Vrouwelijke Genitale Verminking \(VGV\)'](#), [de praktijkkaart VGV](#) en [De multidisciplinaire Leidraad 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking \(VGV\), mei 2019 nog in concept](#)

1. Signaleren
2. Bespreken
3. Lichamelijk onderzoek tijdens de zwangerschap
4. Informeren en verwijzen
5. Openen en reconstrueren
6. Nazorg
7. Preventie van meisjesbesnijdenis

2.1. Signaleren

De VKZ, (verloskundig zorgverlener) signaleert tijdens het eerste bezoek van elke vrouw of zij uit een land afkomstig is waar meisjesbesnijdenis voorkomt. Indien cliënt afkomstig is uit een risicoland (of bij twijfel) vraagt de VKZ of de vrouw besneden is.

2.2. Bespreken

Als een cliënt niet goed NL spreekt moet er een tolk geregeld worden (het liefst een vrouwelijke tolk) zodat mevrouw de uitleg goed begrijpt. U kunt een telefonische tolkdienst dienst van tevoren reserveren via tolkencentrum TVcN 088-2555222. U kunt alleen via TVcN kosteloos een tolk inzetten voor asielzoekers. De overheid vergoedt deze kosten. Als u voor een

asielzoeker een tolkdienst aanvraagt, is het COA-zorgnummer nodig, ook wel het pasnummer. Dit staat op de zorgpas van de cliënt.

De VKZ kaart de besnijdenis actief en open aan. Zij benadert de vrouw met respect en tact. Met toestemming van de vrouw probeert zij de echtgenoot te betrekken bij het bespreken van de besnijdenis en het behandelplan tijdens de bevalling. Het is een goede gewoonte, indien mogelijk, een dergelijke klinische voorgeschiedenis van de patiënte in de afwezigheid van een partner of ander familielid te verkrijgen. Het is goed om te realiseren dat niet alle vrouwen weten of ze zijn blootgesteld aan VGV.

Zij spreekt over de betekenis die de besnijdenis voor moeder en haar omgeving heeft. Vader heeft vaak geen mening, maar oma kan druk uitoefenen en bijvoorbeeld moeite hebben met het feit dat de besneden situatie niet wordt hersteld. Goed om je te realiseren dat oma moeder ooit met de beste bedoelingen heeft laten besnijden en dat moeder die mening kan bijstellen doordat ze meer kennis heeft. Dat geeft moeder meer ruimte dan spreken over een misdaad, door haar dierbare moeder begaan! Zij heeft ook aandacht voor psychosociale gevolgen besnijdenis en evt hulp bieden

De opgedane informatie over de besnijdenis wordt met toestemming van de cliënt ook met de kraamorganisatie gedeeld. Zij hebben tijdens de kraamperiode een observerende taak. Om deze te kunnen uitvoeren en aan te sluiten bij wat al bekend is, dienen zij tijdig en nadat hiervoor toestemming van mevrouw is verkregen te zijn geïnformeerd.

2.3. Lichamelijk onderzoek tijdens de zwangerschap

Bij vrouwen die besneden zijn, inspecteert de VKZ, bij voorkeur in het 1e trimester, maar uiterlijk voor de 30-32^e zwangerschapsweek, de genitalia. De VKZ documenteert haar bevindingen in het patiëntendossier, waarbij ze de besnijdenis zo duidelijk mogelijk omschrijft. Is de cliënte een nullipara waarvan de VKZ vermoedt dat zij een infibulatie heeft ondergaan die niet is geopend, dan vindt dit onderzoek voor de 20e zwangerschapsweek plaats. Indien de opening dermate klein is dat vaginaal onderzoek onmogelijk of zeer moeilijk is, dan bespreekt de VKZ met de vrouw de optie om de opening te laten vergroten tijdens de zwangerschap. Screening op hepatitis C in aanvulling op de andere routinematige serologische screening (hepatitis B, 1008 HIV en lues) wordt aangeboden

2.4. Informeren

In aansluiting op het lichamelijk onderzoek bespreekt de VKZ de besnijdenis in relatie tot de bevalling. Ze bespreekt vooraf of een tolk wenselijk/noodzakelijk is en geeft uitleg over:

- Anatomie van de geslachtsorganen
- Fysiologie van het bevallingsproces
- Invloed van de besnijdenis op het proces

Handelwijze van de VKZ tijdens de bevalling m.b.t. de besnijdenis, zie [KNOV-standpunt 'Vrouwelijke Genitale Verminking \(VGV\)' paragraaf 4.6](#) en [De multidisciplinaire Leidraad 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking \(VGV\), mei 2019 nog in concept](#)

-
- Er is een e-learning module ontwikkeld over VGV voor verloskundigen en voor kraamverzorgenden. <https://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/570-2/vrouwelijke-genitale-verminking-vgv/hoofdstuk/873/vrouwelijke-genitale-verminking-vgv/>

2.5. Openen en reconstrueren

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

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

Voor mediolaterale episiotomie gelden de zelfde indicaties als bij elke andere bevalling. Na de bevalling moet het wondgebied zodanig worden gehecht dat de opening van de urethra vrij ligt en de omvang van de vaginale opening geen belemmering vormt voor coïtus en een volgende baring.

Afhankelijk van het bloedverlies worden de wondranden van beide zijden geknoopt, intracutaan gehecht of open gelaten.

Verzoeken om na de bevalling de vulva zodanig te hechten dat de vaginale opening weer even klein is als voor het huwelijk, kunnen niet worden ingewilligd. Een zorgvuldige uitleg over de nadelen van een kleine vaginale opening voor de gezondheid van de vrouw en het seksuele leven van beide partners, zal de vrouw en haar partner duidelijk moeten maken dat het construeren van een kleine vaginale opening onwenselijk is.

Indien een de-infibulatie tijdens de baring gepland was en alsnog een sectio caesarea nodig blijkt, kan 1045 de mogelijkheid van een de-infibulatie aansluitend aan de sectio overwogen worden. Bij voorkeur 1046 wordt deze mogelijkheid met patiënte besproken tijdens de prenatale controles.

Bij signalen van onveiligheid voor de kraamvrouw volgt de kraamorganisatie de stappen van de [Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#), informeert de kraamorganisatie de betrokken zorgverleners en wordt de casus besproken in het MDO kwetsbare zwangere. Ook hier geldt dat zorgverlener verplicht is zich in te spannen toestemming te verkrijgen om de zorg te delen. Alleen als er sprake is van ernstig gevaar voor zwaar lichamelijk of psychisch letsel of de dood af te wenden, dan kan zonder toestemming gemeld worden bij [Veilig Thuis](#)

2.6. Nazorg

Tijdens het kraambed inspecteert de VKZ regelmatig het wondgebied. Kraamverzorgende informeert VKZ over bijzonderheden. Naast de gebruikelijke voorlichting over anticonceptie gaat de VKZ in op de veranderingen in mictie en seksueel contact die zich kunnen voordoen na opening van het besnijdenislitteken en de bevalling.

Aan het einde van het kraambed zorgt de VKZ (na toestemming van de cliënt) voor overdracht van informatie over de besnijdenis van de cliënt aan de huisarts, zodat hij of zij adequaat kan reageren op mogelijk aan de besnijdenis gerelateerde klachten.

2.7. Preventie van meisjesbesnijdenis

Met haar voorlichting tijdens de zwangerschap verheldert de verloskundige het verband tussen gezondheidsklachten, -risico's en besnijdenis. Bij de geboorte van een meisje brengt de verloskundige in het kraambed de mogelijke besnijdenis van de pasgeboren dochter ter sprake. Ze bespreekt daarbij:

- De risico's voor de gezondheid en het welzijn van meisjes en vrouwen
- Het verbod op en de strafbaarheid van meisjesbesnijdenis in Nederland

- De inhoud en het doel van de jeugdgezondheidszorg en haar taak in relatie tot het voorkomen van meisjesbesnijdenis.

Bij de overdracht van de zorg van de pasgeborene aan de JGZ vraagt de verloskundige toestemming aan de moeder om informatie over de besnijdenis van de moeder door te geven aan de jeugdgezondheidszorg. Wanneer de verloskundige de cliënt goed heeft geïnformeerd over de inhoud en het doel van de jeugdgezondheidszorg en het beleid t.a.v. meisjesbesnijdenis, stemmen besneden moeders meestal wel in met de overdracht van gegevens. In tegenstelling tot huisartsen zijn jeugdartsen getraind een gesprek over besnijdenis bij het kind aan te gaan. Doorgeven kan door na de geboorte een mail te sturen naar het secretariaat JGZ JGZ@ggdhm.nl de vraag of de betrokken jeugdarts contact op wil nemen met de verloskundige i.v.m. preventie meisjesbesnijdenis bij pasgeborene.

Indien moeder geen toestemming geeft om de jeugdgezondheidszorg te informeren heb je reden je zorgen te maken. Bij zorgen over dreigende kindermishandeling: start de [Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#) (kindcheck bij oudersignalen) van je eigen organisatie. Overigens is de ervaring van JGZ dat de meeste moeders in gesprek bij JGZ open zijn over hun besnijdenis.

De kraamverzorgende heeft tijdens de kraamperiode een observerende taak. Bij bijzonderheden bespreekt zij deze met de verloskundige en met een deskundige binnen haar organisatie en volgt zij de meldcode.

De verloskundige stemt in algemene zin haar voorlichting over meisjesbesnijdenis goed af met de JGZ en andere zorgverleners in de keten. [Informatie op website JGZ Leiden](#), zie ook [focal point meisjesbesnijdenis](#) van expertisecentrum Pharos.

De verloskundige stelt zich op de hoogte van de activiteiten van zelforganisaties op het gebied van preventie van meisjesbesnijdenissen in haar regio en informeert haar cliënten hierover (zie bijlage sociale kaart).

Bij vermoedens van een op handen zijnde besnijdenis van een dochter in het gezin, meld de verloskundige dit bij Veilig Thuis, na doorlopen van de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, om daarmee schade aan het betreffende kind te voorkomen, zie ook de KNOV-meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Vraag naar de vertrouwensarts. Indien toestemming voor collegiale consultatie neemt de verloskundig zorgverlener contact op met de aandachtsfunctionaris VGV, van de JGZ. Zie bijlage en bovenstaande link.

Bronnen

[Website KNOV](#)

[Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vgv, 2012](#)

[De multidisciplinaire Leidraad 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking \(VGV\), mei 2019 nog in concept](#)

[KNMG Meldcode huiselijk geweld \(2014\)](#)

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/vrouwelijke-genitale-verminking.htm>

Bijlage 1: Sociale kaart

Expert in de regio

Thomas van de Akker, Gynaecoloog LUMC

Verloskundigen

De KNOV heeft een team van twaalf VGV-adviseurs opgezet. Deze adviseurs zijn de aanspreekpunten voor verloskundigen die te maken krijgen met een geval van vrouwelijke genitale verminking. [Adviseurs vrouwelijke genitale verminking](#)

Tolkenvertaalcentrum

Telefoon: 088-2555222

Jeugdgezondheidszorg

In de JGZ zijn de afgelopen jaren tientallen aandachtfunctionarissen VGV getraind. Contactgegevens JGZ; telefoon 088-2542384 [sociale kaart JGZ in Leiden e.o.](#)

Team Aandachtsfunctionarissen Kwetsbare kinderen & Kindermishandeling (waaronder VGV)

Mailadres: afkwetsbarekinderen@ggdhm.nl

Telefoon: 0883084040

Lamis Haidar, adviseur meisjesbesnijdenis en jeugdarts.

Mailadres: lhaidar@ggdhm.nl

Telefoon: 0883084974

Veilig Thuis

Bij iedere vestiging van Veilig Thuis is minimaal één medewerker getraind als aandachtfunctionaris VGV. Vraag bij Veilig Thuis Midden Holland, naar de vertrouwensartsen. Meer informatie over [Veilig Thuis](#) is te vinden op de website. 24 uur per dag bereikbaar op telefoon 088-3083636.

Raad voor de Kinderbescherming

Bij de [Raad voor de Kinderbescherming](#) zijn twee landelijke aandachtfunctionarissen VGV aangewezen. Telefoon 070 - 374 23 00, e-mail denhaag@rvdk.minvenj.nl

Sleutelpersonen

Sleutelpersonen geven voorlichting over VGV binnen hun eigen gemeenschap. Zij hebben hiervoor een training gevolgd, verzorgd door Pharos en [FSAN](#). Contactgegevens zijn te verkrijgen via Zahra Naleie van FSAN: z.naleie@fsan.nl, mobiel 06 - 521 235 94 of telefoon 020-486 16 28. In de brochure [Sleutelpersonen in beeld](#) laat FSAN een aantal van hen aan het woord.

Kerngroep voorlichters meisjesbesnijdenis

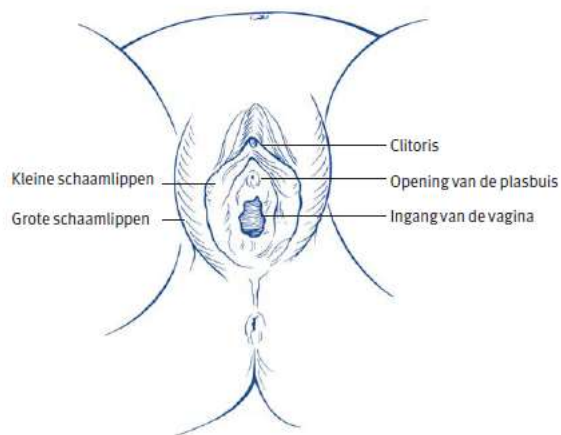
De kerngroep voorlichters meisjesbesnijdenis bestaat uit sleutelpersonen uit de risicogemeenschappen die opgeleid zijn om zelfstandig voorlichting te geven over VGV aan groepen professionals. Meer informatie is te vinden in een [folder](#) ontwikkeld door FSAN en GGD Nederland.

Verkrijgbaar via: <https://www.pharos.nl/infosheets/meisjesbesnijdenis-preventiematerialen/>

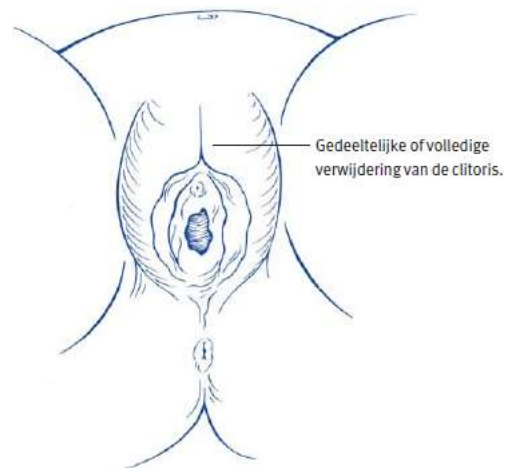
Bijlage 2: Typen Vrouwelijke Genitale Verminking

Typen meisjesbesnijdenis

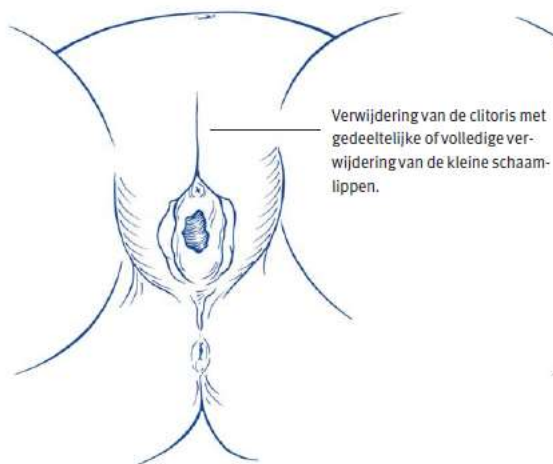
Normale vrouwelijke genitale anatomie



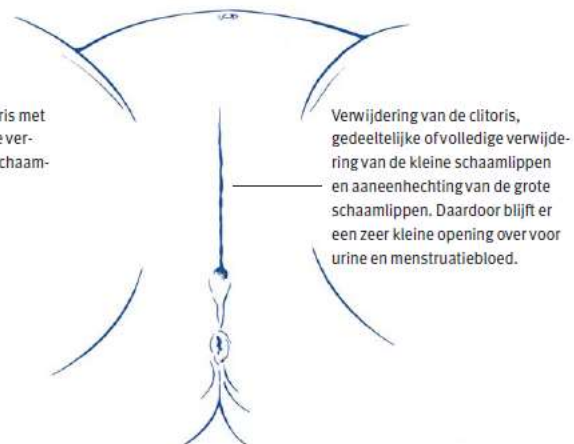
Clitoridectomie



Excisie



Infibulatie



Focal point
meisjes-
besnijdenis

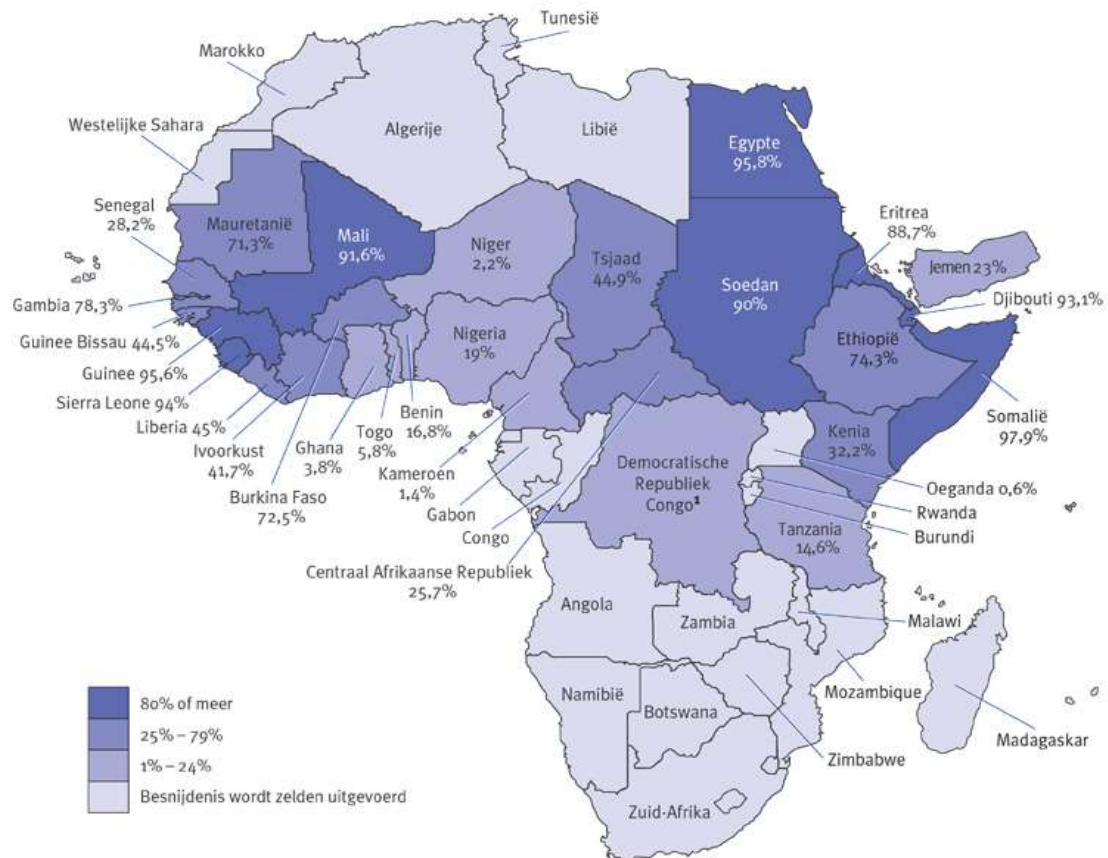
Een initiatief van PHAROS

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: Kaart van Afrika: Risicolanden en prevalentie VGV

Risicolanden en prevalentie meisjesbesnijdenis

Besneden meisjes en vrouwen in de leeftijd van 15 tot 49 jaar



Risicolanden op alfabet:

| | | | | |
|-------------------------------|---------------|-----------|--------------|----------|
| Benin | Eritrea | Ivoorkust | Mauritanië | Soedan |
| Burkina Faso | Ethiopië | Jemen | Niger | Somalië |
| Centraal-Afrikaanse Republiek | Gambia | Kameroen | Nigeria | Tanzania |
| Democratische Republiek Congo | Ghana | Kenia | Oeganda | Togo |
| Djibouti | Guinee | Liberia | Senegal | Tsjaad |
| Egypte | Guinee-Bissau | Mali | Sierra Leone | |

Focal point
meisjes-
besnijdenis

Een initiatief van PHAROS

Deze kaart is herzien in november 2008. De gegevens zijn ontleend aan *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency Statement* (2008). Geneva: WHO.

¹ Voor Democratische Republiek Congo zijn geen betrouwbare onderzoeksgegevens beschikbaar. Bronnen geven een prevalentie tussen 5 en 13%.

Bijlage 4: Scholing

Verloskundigen/Gynaecologen zijn geschoold in het herkennen en bespreekbaar maken en besneden zwangeren optimale begeleiding bieden.

Hiervoor dient scholing gerealiseerd te worden.

De KNOV lanceerde in oktober 2012 de [e-learning 'Vrouwelijke Genitale Verminking \(VGV\)'](#) voor verloskundigen, gynaecologen en huisartsen.

De e-learning VGV sluit aan bij het [KNOV-standpunt 'Vrouwelijke Genitale Verminking \(VGV\)'](#) en leert meisjesbesnijdenis bespreekbaar te maken en besneden zwangeren optimale begeleiding te bieden. Centraal staat de preventie van vrouwelijke genitale verminking en adequate zorg verlenen aan besneden vrouwen.

[Multisectoriële, Academische Trainingsgids over Vrouwelijke Genitale Verminking/Vrouwenbesnijdenis](#)

Deze gratis trainingsgids voor docenten is ontwikkeld om wetenschappelijke informatie over vrouwelijke genitale verminking (VGV) in HBO- en universiteitscurricula te promoten en te vergemakkelijken.

De gids is onderverdeeld in twee delen.

Het eerste deel, dat hetzelfde is voor alle vakgebieden, biedt basiskennis aan over VGV (Hoofdstuk II, een inleiding op VGV, Hoofdstuk III, Een diepgaand begrip van VGV).

Het tweede deel is gericht op onderwijs in:

- geneeskunde, verpleeg- en verloskunde (Hoofdstuk IV),
- mensenrechten en criminologie (Hoofdstuk V),
- sociaal werk, onderwijswetenschappen en psychologie (Hoofdstuk VI),
- antropologie en culturele studies (Hoofdstuk VII),
- gender- en feministische studies (Hoofdstuk VIII)
- communicatie en journalistiek (Hoofdstuk IX).

Bijlage 5: Foldermateriaal, voorlichtingsmateriaal

[Verklaring meisjesbesnijdenis](#)

[Fatwa's](#)

[Folder Mijn ouders zeggen nee](#)

[Draaiboek groepsvoorlichting aan asielzoekers](#)

[Materialen voor het onderwijs](#)

Bijlage 6: Juridische aspecten en wetgeving in Nederland

Strafbaarheid

- Vgv is in Nederland strafbaar als vorm van kindermishandeling (art. 300-304, 307, 308 Wetboek van Strafrecht, WvSr). Er staat een maximale gevangenisstraf van 12 jaar op of een geldboete van maximaal 76.000 euro. Als ouders de besnijdenis zelf uitvoeren op hun eigen dochter, of op een kind over wie zij het gezag uitoefenen of die zij verzorgen of opvoeden, kan de gevangenisstraf met een derde worden verhoogd (art. 304 sub 1 WvSr). Ook zijn zij strafbaar als zij de vgv laten uitvoeren en/of ondersteunen, opdracht geven hiervoor, ervoor betalen, middelen leveren waarmee de vgv wordt uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis. Deze handelingen worden volgens de Nederlandse strafwet beschouwd als uitlokking, medeplichtigheid of mededaderschap (art. 47 en 48 WvSr).
- In maart 2013 zijn het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering gewijzigd met het oog op de verruiming van de mogelijkheden tot strafrechtelijke aanpak van huwelijksdwang, polygamie en vrouwelijke genitale verminking. De rechtsmacht wat betreft vgv is uitgebreid in die zin dat een vgv die in het buitenland is gepleegd, maar waarbij het slachtoffer de Nederlandse nationaliteit of een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft, ook strafbaar is in Nederland. Dit geldt ook als de dader een buitenlandse nationaliteit heeft en/of niet in Nederland woonachtig is.
- Vanaf 1 februari 2006 kon iemand al worden vervolgd voor een in het buitenland uitgevoerde vgv, indien de verdachte de Nederlandse nationaliteit had of in Nederland een vaste woon- of verblijfplaats had.
- Vanaf 1 juli 2009 is de verjaringstermijn verlengd. Een vrouw kan nu aangifte doen van haar besnijdenis van haar 18de tot haar 38de levensjaar.

Verblijfsvergunning

Sinds 2001 is het mogelijk dat minderjarigen vanwege een aantoonbare dreiging van meisjesbesnijdenis een beroep doen op een verblijfsvergunning 'Asiel voor bepaalde tijd'. Zie artikel 3.2 en artikel 3.3 van de Vreemdelingencirculaire 2000 voor de meest recente informatie hierover van de IND. Via de zoekterm 'genitale verminking' kan de informatie worden gevonden.

Tuchtrecht

Zorgverleners die meewerken aan vgv kunnen worden berecht op grond van het medisch tuchtrecht. In het bulletin Vrouwelijke genitale verminking (2010) heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de relevante wetgeving en veldnormen ten aanzien van vgv bijeengebracht. Hierin staat dat zorgverleners niet mogen meewerken aan het uitvoeren van vgv en herinfibulatie, noch bij minderjarigen, noch bij volwassenen. [Bulletin Vrouwelijke genitale verminking](#) (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010)

Meldcode

Sinds 1 juli 2013 zijn organisaties en zelfstandigen verplicht een [meldcode](#) te hebben. Dit is vastgelegd in de wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De meldcode helpt professionals, bijvoorbeeld huisartsen, leerkrachten en medewerkers van jeugdinrichtingen, om adequaat te reageren op signalen van geweld. Het voorkomen van vgv maakt onderdeel uit van de wet. Doel van de wet is dat professionals mishandeling in de thuisfeer vroegtijdig signaleren en zo nodig melden. Voor iedere professional geldt bij een vermoeden van een dreigende of uitgevoerde meisjesbesnijdenis dat hij of zij moet handelen volgens het stappenplan behorend bij de eigen meldcode.

Bijlage 7: Wijzigingen

| Datum | Wat | Wie |
|-----------|---|---|
| 4-4-2019 | Niet meer werkende link contacten CJG leiden verwijderd. | Petra de Wit |
| 4-4-2019 | Toegevoegd focal point meisjesbesnijdenis van experisecentrum Pharos. | Petra de Wit |
| 4-4-2019 | vrouwenbesnijdenis van de NVOG modelprotocol meisjesbesnijdenis NVOG , verwijderd: bestaat niet meer vervangen door: https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Medische-zorg-voor-vrouwen-en-meisjes-met-vrouwelijke-geni-1.0-04-06-2010.pdf | Petra de Wit Nagezien op inhoud door Gerieke Biemond |
| 4-4-2019 | Juridische aspecten: verblijfsvergunning en meldcode toegevoegd | Petra de Wit op advies J. Bart, adviseur zorg wetgeving |
| 13-5-2019 | Rijnland ziekenhuis vv door Alrijne ziekenhuis | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | De 4 typen van meisjesbesnijdenis zoals benoemd bij de KNOV en die bij de WHO gehanteerd worden aangehouden, omdat ze in de literatuur en praktijk etc. vaak zo gebruikt worden. | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | Link toegevoegd voor uitgebreide informatie De multidisciplinaire Leidraad 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV), mei 2019 nog in concept | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | Verwijderd uit 2.1 signaleren Wanneer een vrouw afkomstig is uit een land buiten Europa/Amerika wordt de kaart met risicolanden gecheckt en wordt deze handeling afgevinkt. | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | Toegevoegd conform leidraad: Het is een goede gewoonte, indien mogelijk, een dergelijke klinische voorgeschiedenis van de patiënte in de afwezigheid van een partner of ander familielid te verkrijgen. Het is goed om te realiseren dat niet alle vrouwen weten of ze zijn blootgesteld aan VGV | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | Toegevoegd: Zij heeft ook aandacht voor psychosociale gevolgen besnijdenis en evt hulp bieden | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | Toegevoegd 2.3 Screening op hepatitis C in aanvulling op de andere routinematige serologische screening (hepatitis B, 1008 HIV en lues) wordt aangeboden | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | Toegevoegd 2.5 Indien een de-infibulatie tijdens de baring gepland was en alsnog een sectio caesarea nodig blijkt, kan 1045 de mogelijkheid van een de-infibulatie aansluitend aan de sectio overwogen worden. Bij voorkeur 1046 wordt deze mogelijkheid met patiënte besproken tijdens de prenatale controles. | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |
| 13-5-2019 | Ivm wijzigen meldcode herschreven: Bij vermoedens van een op handen zijnde besnijdenis van een dochter in het gezin, meld de verloskundige dit bij Veilig Thuis, na doorlopen van de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, om daarmee schade aan het betreffende kind te | Petra de Wit n.a.v opmerkingen M. de Vries, gynaecoloog |

| | | |
|----------|---|----------------|
| | voorkomen, zie ook de KNOV-meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Vraag naar de vertrouwensarts. Indien toestemming voor collegiale consultatie neemt de verloskundig zorgverlener contact op met de aandachtsfunctionaris VGV, van de JGZ. Zie bijlage en bovenstaande link. | |
| 2-4-2020 | Wijzigingen opmaak (lettertype, voettekst en voorblad toegevoegd) conform andere zorgpaden | Annelies Noort |