



Leidraad

Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV)

1 november 2019

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

IN SAMENWERKING MET

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS)

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)

AJN Jeugdartsen Nederland (AJN)

Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen

Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN)

Colofon

Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV)
© 2019 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
Postbus 20075
3502 LB UTRECHT
Tel. 088-1344700
Email: kwaliteit@nvog.nl
Website: www.nvog.nl

Utrecht, 1 november 2019

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Samenstelling van de werkgroep

- Dhr. Dr. J.J. Duvekot, gynaecoloog-perinatoloog (NVOG, voorzitter)
- Mw. Drs. M.C. Vos MSc., gynaecoloog (NVOG)
- Mw. Drs. A.F.J. Bergwerff, gynaecoloog (NVOG)
- Mw. Em. Prof. Dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts (NHG)
- Mw. MPA. G.T. Vije, verloskundige (KNOV)
- Mw. Drs. M. Özer, plastisch chirurg en seksuoloog (NVVS)
- Dhr. Dr. M. Bouman, plastisch chirurg (NVPC)
- Mw. Drs. C.T.M. Jaartsveld, jeugdarts profiel KNMG (AJN)
- Mw. Drs. D. Geraci (Pharos)
- Mw. Drs. Z.S. Naleie, senior programma manager VGV/FGM (FSAN)
- Mw. Drs. C.A.L. van Rijn, AIOS gynaecologie (NVOG, richtlijnondersteuner)

Mede dankzij:

- Dhr. Drs. B. Oei, ANIOS chirurgie

Samenvatting van de aanbevelingen

Hoofdstuk 3 Korte- en langetermijnevolgen van vrouwelijke genitale verminking (VGV)

Artsen en andere zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de korte- en langetermijncomplicaties van VGV.

Hoofdstuk 4 Begeleiding van meisjes en vrouwen met status na vrouwelijke genitale verminking in het algemeen

Bij een vermoeden van uitgevoerde VGV of bij dreiging van VGV vraagt de zorgverlener altijd advies bij Veilig Thuis. Op advies van Veilig Thuis kan geadviseerd worden medisch onderzoek te verrichten.

Het medisch onderzoek van meisjes jonger dan 16 jaar, waarbij mogelijk sprake is van een recent uitgevoerde VGV, wordt bij voorkeur verricht door een kinderarts of gynaecoloog met (kinder)gynaecologische en forensisch geneeskundige expertise ten einde het onderzoek maar eenmalig te hoeven verrichten.

Goed medisch onderzoek prevaleert boven forensisch onderzoek.

Als er bij een meisje sprake is van een recent uitgevoerde VGV wordt door Veilig Thuis overlegd met de Raad voor de Kinderbescherming en dient er aangifte gedaan te worden bij de politie.

Exploratie van klachten dient verricht te worden op cultureel-sensitieve wijze.

Vrouwen met status na VGV dienen bij voorkeur verwezen te worden naar een zorgverlener met ervaring op het gebied van VGV. Deze zorgverlener dient toegang te hebben tot een multidisciplinair netwerk met expertise op het gebied van VGV.

Hoofdstuk 5 Begeleiding in de gynaecologische en verloskundige praktijk van vrouwen na vrouwelijke genitale verminking

Zorgverleners dienen basiskennis te hebben van VGV, de aard en omvang van VGV, de landen en culturen waarbinnen VGV veelvuldig voorkomt en de culturele achtergronden daarvan, de gevolgen en gevaren van VGV.

Indien relevant voor de behandeling dient de zorgverlener na te vragen aan patiënte of VGV heeft plaatsgevonden.

Zorgverleners weten hoe te handelen bij vermoedens van (op handen zijnde) VGV: ga in gesprek met de ouders en wijs hen op de ernst van deze ingreep en de gevolgen, zowel lichamelijk als psychisch voor de jeugdige.

Geef voorlichting over de Nederlandse wet inzake VGV (zie hoofdstuk 7).

Bij verwijzing van vrouwen na VGV met klachten/symptomen gerelateerd aan VGV wordt bij voorkeur verwezen naar een zorgverlener met ervaring in de behandeling van vrouwen met VGV.

De werkgroep is van mening dat het voor vrouwen met VGV in de toekomst mogelijk moet zijn zich rechtstreeks te wenden tot een zorgverlener deskundig op het gebied van VGV. Het heeft echter de voorkeur, in het belang van de vrouw, dat een eventuele verwijzing plaatsvindt door een eerstelijns zorgverlener.

Verslaglegging van het onderzoek van de vulva dient minimaal te bestaan uit: welke delen van de vulva zijn verwijderd, (mate van) verlittekening en welke sequelen zijn ontstaan.

Binnen de anamnese dient actief geïventariseerd te worden of er behoefte is aan psychosociale hulpverlening.

Zorgverleners moeten erop bedacht zijn dat bij VGV vaginaal onderzoek bemoeilijkt wordt en pijnlijk kan zijn. In dat geval dient met desbetreffende vrouw besproken en overlegd te worden op welke manier een onderzoek wel verricht kan worden (anesthesie/sedatie).

De-infibulatie kan noodzakelijk zijn alvorens andere gynaecologische onderzoeken of ingrepen plaats kunnen vinden.

Aan vrouwen die mogelijk baat hebben bij de-infibulatie, dient gevraagd te worden of zij counseling wensen over de mogelijkheid van de-infibulatie, ook al is dat niet de directe hulpvraag waarmee de vrouw komt.

Er dient in overleg met de vrouw gekozen te worden wanneer en waar de de-infibulatie plaats gaat vinden.

Obstetrische zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de specifieke obstetrische complicaties die na VGV kunnen optreden.

Verricht een de-infibulatie voor of tijdens de baring ter reductie van obstetrische complicaties.

Bij alle vrouwen uit landen waar VGV wordt geïmplementeerd, dient in het eerste consult te worden gevraagd of er sprake is van VGV, zodat de mate van VGV in het begin van de zwangerschap kan worden geïdentificeerd. Dit dient te worden gedocumenteerd in het medische dossier en/of op de verloskundige kaart.

Verloskundige zorg voor vrouwen met VGV dient geleverd te kunnen worden door elke obstetrische zorgverlener.

Hoofdstuk 6 Reconstructie van VGV

De werkgroep is van mening dat bij vrouwen met status na VGV de zorgverlener tot taak heeft de informatiebehoefte over de mogelijkheid van reconstructieve chirurgie en de mogelijke verbetering op cosmetisch, functioneel en seksuologisch gebied te inventariseren.

Als er informatiebehoefte bestaat, dient het geven van informatie door een ter zake kundige zorgverlener te geschieden.

Reconstructieve chirurgie bij vrouwen na VGV heeft als doel somatische klachten te verhelpen.

Reconstructieve (clitoris) chirurgie bij vrouwen na VGV met als enig doel de seksualiteit te bevorderen wordt niet aanbevolen.

De beschreven reconstructieve chirurgie dient gecentraliseerd plaats te vinden door een multidisciplinair behandelteam opdat adequate evaluatie, follow-up, onderzoek en documentatie plaats kunnen vinden.

Hoofdstuk 7 Wetgeving in Nederland betreffende vrouwelijke genitale verminking

Zorgverleners dienen op de hoogte te zijn van de strafbaarheid van VGV omdat dit een ernstige vorm van kindermishandeling is.

Zorgverleners mogen onder geen enkele omstandigheid meewerken aan VGV of re-infibulatie.

Gebruik van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld is verplicht bij het vermoeden van dreigende of recent uitgevoerde VGV bij minderjarigen. Dit houdt o.a. in dat de zorgverlener advies vraagt aan Veilig Thuis. Dit leidt, als er sprake is van een redelijk vermoeden van een reëel risico op VGV, tot het in ontvangst nemen van de melding door Veilig Thuis.

Inhoud

Samenvatting van de aanbevelingen	4
Afkortingen	9
Hoofdstuk 1 Algemene inleiding.....	10
Hoofdstuk 2 Achtergrondinformatie.....	16
Hoofdstuk 3 Korte- en langetermijnevolgen van vrouwelijke genitale verminking..	20
Hoofdstuk 4 Begeleiding van meisjes en vrouwen met status na VGV	28
Hoofdstuk 5 Begeleiding van vrouwen met status na VGV in de gynaecologische en verloskundige praktijk.....	33
Hoofdstuk 6 Reconstructie van VGV	40
Hoofdstuk 7 Wetgeving in Nederland betreffende vrouwelijke genitale verminking..	47
Hoofdstuk 8 Organisatie van zorg	52
Implementatie van de leidraad	55
BIJLAGEN	56
BIJLAGE 1: Focusgroepverslag patiënten	56
BIJLAGE 2: Afbeeldingen van de type VGV	62
BIJLAGE 3: Techniek van de-infibulatie in de gynaecologische en verloskundige praktijk	63
BIJLAGE 4: Voorbeeld Zorgpad Verloskunde	65
BIJLAGE 5: Zoekverantwoording Hoofdstuk 6 Reconstructie	67
BIJLAGE 6: Overzicht websites naar e-learnings en belangrijke documenten	70

Afkortingen

ABW	=	Algemene Bijstandswet
BIG	=	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BW	=	Bijstandswet
EMDR	=	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EVRM	=	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FSAN	=	Federatie van Somalische Associaties Nederland
GGD	=	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	=	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
HIV	=	Human Immunodeficiency Virus
IMMO	=	Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek
JGZ	=	Jeugdgezondheidszorg
LECK	=	Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling
NFI	=	Nederlands Forensisch Instituut
OM	=	Openbaar Ministerie
PID	=	Pelvic Inflammatory Disease
PTSS	=	Posttraumatische Stresstoornis
RCOG	=	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RvdK	=	Raad voor de Kinderbescherming
SOLK	=	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
SOA	=	Seksueel overdraagbare aandoening
Sr	=	Strafrecht
VGv	=	Vrouwelijke genitale verminking
VSV	=	Verloskundig Samenwerkingsverband
VT	=	Veilig Thuis
WHO	=	World Health Organisation
WvSr	=	Wetboek van Strafrecht

Hoofdstuk 1 Algemene inleiding

Definitie van een leidraad

Een leidraad is een handleiding met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. In de conclusies wordt aangegeven wat de wetenschappelijke stand van zaken is. De aanbevelingen zijn gericht op het expliciteren van optimaal medisch handelen en zijn gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek waar mogelijk en overwegingen van de werkgroep.

Dit document beoogt een leidraad te zijn voor de dagelijkse praktijk aangaande het onderwerp: medische zorg voor vrouwen en meisjes na vrouwelijke genitale verminking (VGV).

Aanleiding voor het maken van deze leidraad

In 2010 werd op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) een modelprotocol 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes na vrouwelijke genitale verminking (VGV)' ontwikkeld. De geldigheidsduur van dit modelprotocol verliep in 2015.

Omdat nieuwe internationale richtlijnen over dit onderwerp zijn gepubliceerd heeft de NVOG besloten dit modelprotocol te herzien en om te zetten in een multidisciplinaire leidraad. Bij de ontwikkeling van dit document werd gebruik gemaakt van twee recent verschenen internationale richtlijnen over dit onderwerp en een klinische handboek 'Female Genital Mutilation and its Management', RCOG green top guideline Nummer 53 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>) en de WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>) en het handboek WHO 'Clinical Handbook for care of girls & women living with genital mutilation' (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1/>).

Betekenis

De leidraad is van betekenis omdat deze de heersende onzekerheid van patiënten en relevante beroepsverenigingen over preventie van VGV en het te voeren beleid bij vrouwen en meisjes na VGV hoopt weg te nemen. De leidraad draagt zo bij aan verbetering van de zorg voor vrouwen en meisjes met VGV.

Patiëntencategorie

Deze leidraad geldt voor alle vrouwen en meisjes met (dreigende) VGV die medische zorg krijgen of nodig hebben vanwege VGV.

Afbakening van het onderwerp

De leidraad beslaat de domeinen: preventie, signaleren en bespreken, gevolgen en behandeling van (complicaties van) VGV.

Macro-economische impact

De groep vrouwen uit landen waar VGV wordt gepraktiseerd in Nederland is klein. Derhalve kunnen maar een gering aantal zorgverleners ruime expertise opdoen met de behandeling en begeleiding van deze groep vrouwen. Desondanks is de impact van VGV voor de individuele vrouw groot. Aangezien iedere obstetrische zorgverlener hiermee geconfronteerd kan worden, dient de obstetrische begeleiding van vrouwen met status na VGV in de verschillende opleidingen aan bod te komen. Voor gynaecologische en andere electieve problematiek wordt bij voorkeur verwezen naar een zorgverlener met ervaring in de begeleiding van deze patiëntengroep. Zelfverwijzing zou hierbij mogelijk moeten zijn.

Doelstelling

Het doel van deze leidraad is om alle zorgverleners die in contact kunnen komen met vrouwen en meisjes met een (dreigende) VGV te voorzien van een landelijke, door de relevante beroepsverenigingen gedragen leidraad over het voorkómen en het behandelen van meisjes en vrouwen met een genitale verminking. Deze leidraad voorziet, waar mogelijk, in de meest recente 'evidence based' informatie over het onderwerp vrouwelijke genitale verminking. Met het opstellen ervan wordt beoogd de kennis over VGV te vergroten en handvatten te bieden voor de begeleiding en behandeling van deze vrouwen.

Specifieke vragen waarvoor dit document aanbevelingen geeft

Deze leidraad probeert antwoorden te geven op de beïnvloedbare aspecten van de preventie, signalering, het bespreken en de behandeling van VGV. Hierover is naar de mening van de werkgroep in Nederland onvoldoende eenduidigheid.

Dit document is niet bedoeld als leerboek. Voor zover relevant wordt naar de leerboeken verwezen.

Leidraadgebruikers

Deze leidraad kan worden gebruikt door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor vrouwen en meisjes met (dreigende) VGV, maar is primair geschreven voor leden van de beroepsgroepen die aan de tot standkoming van deze leidraad hebben bijgedragen (zie samenstelling werkgroep).

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van deze leidraad is in 2016 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante beroepsgroepen die betrokken zijn bij het zorgproces in de eerste en tweede lijn van vrouwen met (een verhoogd risico op) VGV. Deze beroepsgroepen zijn het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de AJN Jeugdartsen Nederland (AJN), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Tevens werden Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen tevens landelijk expertisecentrum VGV en de Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN) gevraagd zitting te nemen in de werkgroep.

De werkgroepleden (zie samenstelling van de werkgroep op pagina 3) waren door de bovengenoemde wetenschappelijke verenigingen gemandateerd voor deelname aan deze werkgroep. De werkgroepleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze leidraad. Partijen die geen zitting hadden in de werkgroep maar wel voor extern advies geraadpleegd zijn gezien hun betrokkenheid bij het onderwerp zijn de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK), Veilig Thuis Flevoland en Patiëntenfederatie Nederland.

Onafhankelijkheid werkgroepleden

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard dat zij in de laatste drie jaar geen directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. De ingevulde belangenverklaring zijn beoordeeld door de onafhankelijke voorzitter. Er is geen belemmering voor participatie in de werkgroep naar voren gekomen. De verklaringen kunnen worden opgevraagd bij de NVOG.

Formuleren van aanbevelingen

Nadat de gegevens uit de literatuur en buitenlandse richtlijnen waren samengevat werden hieruit conclusies getrokken. Om vervolgens tot een gewogen aanbeveling te komen werden overwegingen besproken en geformuleerd. Dit is van belang omdat voor een aanbeveling naast het wetenschappelijke bewijs ook nog andere aspecten meegewogen horen te worden, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische aspecten. Bij de overwegingen speelden de ervaring en opvattingen van de werkgroepleden een belangrijke rol. De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op zowel het beschikbare wetenschappelijke bewijs als op de overwegingen.

Werkwijze

De werkgroep heeft besloten geen systematische literatuuranalyse te verrichten om de uitgangsvragen te beantwoorden. Daarom is dit document ook geen richtlijn, maar een leidraad. De recente Female Genital Mutilation and its Management Green top Guideline RCOG Nr. 53 (2015) werd gebruikt als raamwerk voor de leidraad en om antwoord te kunnen geven op de uitgangsvragen. Grote delen van deze tekst en aanbevelingen werden vertaald in het Nederlands en overgenomen en waar nodig aangepast aan de Nederlandse situatie. De gegevens uit de RCOG Green Top Guideline werden aangevuld met gegevens uit de WHO-richtlijn (2016) en met aanvullende literatuursearches. Voor het formuleren van de uitgangsvragen werd gebruikgemaakt van de thema's die door de focusgroepen van vrouwen met VGV geformuleerd werden (zie verslag focusgroep bijlage 1). De betreffende uitgangsvragen zijn per hoofdstuk aangegeven.

Definities (medische context)

Vrouwelijke genitale verminking (VGV)	Een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen waar geen medisch noodzaak voor is.
Synoniemen	Vrouwelijke genitale verminking, infibulatie, vrouwenbesnijdenis, meisjesbesnijdenis
Engelse vertaling	Female Genital Mutilation
Infibulatie (faraonische besnijdenis)	Specifieke vorm van VGV, met name type 3.
Sunna	Deze term wordt gebruikt voor verschillende vormen van besnijdenis, variërend van een prikje in de clitoris, een sneetje in de vulva maar soms ook voor infibulatie. Daarom is het van belang om navraag te doen wat men bedoelt als iemand de term sunna gebruikt.
De-infibulatie	Het vergroten van de opening of het opheffen van de obstructie, meestal vóór het huwelijk, de bevalling of bij klachten.
Episiotomie anterior	Deze term wordt gebruikt als de-infibulatie tijdens de baring plaatsvindt.
Her- of re-infibulatie	Het opnieuw hechten van de resterende delen van de schaamlippen, onder meer na een bevalling, waardoor de vaginale opening opnieuw wordt verkleind tot de oorspronkelijke opening van na de besnijdenis.
Reconstructie	Herstel van vorm en functie van de genitalia externa.
Sleutelpersoon	Personen die kunnen dienen als tolk, intermediair, voorlichter en begeleider. Ze zijn altijd afkomstig uit de risicolanden en kennen de cultuur, de taal, achtergrond informatie over het land van herkomst etc.

Patiëntenperspectief

Voor de ontwikkeling van een goede richtlijn of leidraad is bij dit onderwerp de input van patiënten nodig. Een behandeling moet immers voldoen aan de wensen van patiënten en eisen van de zorgverleners. Patiënten kunnen zorgverleners die een leidraad/richtlijn ontwikkelen helpen om te begrijpen hoe het is om met een ziekte of aandoening te leven of om er mee geconfronteerd te worden. Op deze manier kan

bij het ontwikkelen van een leidraad/richtlijn beter rekening gehouden worden met de betekenis van verschillende vormen van diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten. Het in kaart brengen van de behoeften, wensen en ervaringen van patiënten met de behandeling biedt tevens de gelegenheid om de knelpunten in kaart te brengen. Wat zou er volgens patiënten beter kunnen? Een patiënte doorloopt het hele zorgtraject, een behandelaar ziet vaak slechts het stukje behandeling waarin hij zich heeft gespecialiseerd. Het is dus heel zinvol om voor verbetering van de kwaliteit van de behandeling ook knelpunten vanuit patiëntenperspectief in kaart te brengen. Bij de ontwikkeling van deze leidraad is er in de beginfase twee keer een knelpuntenanalyse door middel van een groepsinterview met sleutelpersonen en patiënten (focusgroep) gedaan. Vanuit Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen en de Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN) werden vrouwen gevraagd om deel te nemen aan het focusgroepgesprek over VGV. Een verslag van de focusgroep is besproken in de werkgroep en de belangrijkste knelpunten zijn geadresseerd in de leidraad (zie bijlage 1: focusgroepverslagen sleutelpersonen en patiënten). Het hier voorliggende document is tevens voor commentaar voorgelegd aan de deelnemers van de focusgroepen.

Implementatie

In de verschillende fasen van de ontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van deze leidraad en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de leidraad in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

De leidraad wordt verspreid onder alle relevante beroepsgroepen en ziekenhuizen. Daarnaast wordt een patiëntenfolder opgesteld. Ook is dit document te downloaden vanaf de website van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie > Kwaliteitsdocumenten > Leidraden: www.nvog.nl.

Juridische betekenis van de leidraad

Leidraden bevatten geen wettelijke voorschriften. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Omdat deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de leidraad. Afwijken van de leidraad is, als de situatie van de patiënte dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer wordt afgeweken, is het verstandig om dit beargumenteerd en goed gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënte, te doen.

Herziening

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie of deze leidraad nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om deze te herzien. De geldigheid van de leidraad komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten. Tot dat tijdstip blijft in principe de huidige werkgroep verantwoordelijk voor aanpassingen en herzieningen van aanbevelingen van de leidraad.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie is als houder van dit document de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van de leidraad. De andere aan de leidraad deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de leidraad delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Onderschrijven leidraad

De leidraad wordt onderschreven door de organisaties die zijn vertegenwoordigd in de betreffende werkgroep, te weten:

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)
AJN Jeugdartsen Nederland (AJN)
Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen
Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN)

Literatuur

RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management, (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)

WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>)

WHO 'Clinical Handbook for care of girls & women living with genital mutilation (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1/>).

Hoofdstuk 2 Achtergrondinformatie

Algemeen

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt door de World Health Organization (WHO) gedefinieerd als: 'gedeeltelijke of volledige verwijdering of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën zonder medische noodzaak'. Sinds de jaren '90 wonen er in Nederland vrouwen en meisjes die geëmigreerd zijn uit landen waar VGV wordt toegepast. Nederland hanteert al jaren een zero tolerance beleid ten aanzien van VGV. VGV is strafbaar als vorm van (kinder)mishandeling en huiselijk geweld (artikel 284-285, 300- 304, 307, 308 Wetboek van Strafrecht; zie hoofdstuk 7 voor een uitleg over het juridisch kader rondom VGV). Het Nederlandse beleid bestaat uit een combinatie van preventie, wetshandhaving en aandacht voor goede zorg voor vrouwen met VGV.

Het gebruik van de term 'vrouwelijke genitale verminking' positioneert het probleem duidelijk maar kan bij mensen die afkomstig zijn uit landen waar VGV geïmplementeerd wordt zo confronterend werken dat een gesprek hierover niet meer mogelijk is. Zorgverleners gebruiken daarom in contact met de doelgroep ook de term 'meisjes-' of 'vrouwenbesnijdenis', omdat deze minder veroordelend klinkt en deze daardoor de kans vergroot om in gesprek te komen (Pijpers, 2010).

Religieuze en/of psychosociale aspecten

Het wegsnijden van de vrouwelijke genitaliën bij minderjarige meisjes is een complexe traditie die aan veel grote thema's raakt: mensenrechten, man-vrouw-verhoudingen, religie, cultuur en integratie. Het is een oud cultureel gebruik waarvan de herkomst niet duidelijk is. Het stamt van vóór het christendom en de islam en wordt in de Bijbel en de Koran niet genoemd (Nienhuis, 2008). Niettemin wordt religie vaak als reden aangevoerd om meisjes te besnijden.

VGV berust op een sociale norm, namelijk dat niet-besneden meisjes niet huwbaar zijn en niet gerespecteerd worden. In een gemeenschap waar besnijdenis traditie is kunnen de (psycho)sociale gevolgen voor een vrouw die geen besnijdenis heeft ondergaan groot zijn. Men kan haar beschouwen als onrein of verdenken van seksueel promiscue gedrag. Een onbesneden 'open' vrouw maakt de familie te schande, kan uitgestoten worden en heeft minder kans op een huwelijk (Vloeberghs, 2010).

Mensen die het gebruik praktiseren, geven onder meer de volgende redenen:

- het vergroot de huwelijkskansen van het meisje;
- het beschermt de maagdelijkheid van het meisje;
- het geeft haar status in de gemeenschap;
- een geïnfibuleerde vrouw is mooi;
- het is een teken van een goede opvoeding;
- het zou een religieus voorschrift zijn;
- het vergroot het seksueel genot voor de man.

Epidemiologie en prevalentie

Naar schatting zijn er meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen in de wereld besneden. Er is in een aantal landen een significante daling van de prevalentie waarneembaar. Desalniettemin, als de huidige trend van bevolkingsgroei zich voortzet dan lopen, ondanks de daling in prevalentie, de komende jaren nog miljoenen meisjes het risico om besneden te worden (Unicef, 2016).

Besnijdenis vindt meestal plaats bij jonge meisjes maar kan bijvoorbeeld ook vlak voor het huwelijk gebeuren. De leeftijd is afhankelijk van lokale tradities en omstandigheden. Over het algemeen vindt het tussen de leeftijd van 4 en 12 jaar plaats. Er zijn ook culturen waar in het eerste jaar na de geboorte al wordt besneden zoals in Eritrea. De leeftijd waarop een meisje in Nederland wordt besneden is mogelijk anders dan de leeftijd van het meisje in het land van herkomst. Dit komt bijvoorbeeld door migratie, het feit dat besnijdenis in Nederland strafbaar is of wanneer een uitvoerder van de besnijdenis niet beschikbaar is.

Sinds eind vorige eeuw zijn patiënten uit landen waar VGV wordt gepraktiseerd als migrant of vluchteling naar Nederland gekomen. Aangezien VGV als praktijk in Nederland en de migratielanden tot dan toe ongebruikelijk was, was er weinig ervaring met VGV bij zorgverleners. Vrouwen voelden vaak ook schaamte rondom VGV. De praktijk van VGV, die in het land van herkomst vanzelfsprekend was, werd na migratie als ongewenst betiteld. Er werd door de NVOG in 1993 een moratorium uitgevaardigd tegen re-infibulatie maar communicatie met de betrokken vrouwen over hun wensen bleef lang achterwege. Pas recent wordt meer aandacht besteed aan de zorg in niet-verloskundige context.

In Nederland wonen ruim 95.000 vrouwen die afkomstig zijn uit landen waar meisjesbesnijdenis een cultureel gebruik is, waaronder 38.000 meisjes in de leeftijd van 0-19 jaar. Naar schatting is 43 procent besneden: bijna 41.000 vrouwen. Het grootste deel van hen (82 procent) komt uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en Irak. 7 op 10 vrouwen die besneden zijn bevinden zich in de reproductieve leeftijd van 15-49 jaar. Ongeveer 15.000 vrouwen hebben naar schatting de meest ingrijpende vorm van VGV (infibulatie) ondergaan.

Naar schatting lopen 4.200 meisjes het risico om in de komende 20 jaar besneden te worden. Zij lopen dat risico vooral als hun ouders de traditie voorzetten en preventieve maatregelen hen niet bereiken. Het risico wordt beïnvloed door de duur van het verblijf in Nederland, sociale druk, kennis over wetgeving en (gezondheids)risico's van VGV en houding ten opzichte van VGV. Hierbij moet worden opgemerkt dat het risico voor een deel van de meisjes pas echt reëel wordt wanneer zij het land van herkomst bezoeken. Er is geen aanwijzing dat besnijdenis van meisjes in Nederland zelf plaats heeft gevonden (Kawous 2019).

Een overzicht van de prevalentie wereldwijd en aantallen vrouwen in Nederland: <https://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/17/wereldkaart-met-prevalentie-vrouwelijke-genitale-verminking>).

Anatomische uitleg – verschillende typen van vrouwelijke genitale verminking

Er zijn verschillende manieren waarop de vrouwelijke geslachtsorganen kunnen worden besneden. Het varieert welk deel van de geslachtsorganen verminkt wordt en de mate waarin.

Dit is afhankelijk van wat lokaal gebruikelijk is, het heeft te maken met de wens van de ouder(s) en het hangt af van diegene die de besnijdenis uitvoert.

De vormen van VGV zijn geïnclassificeerd door de WHO (WHO guideline, 2016), zie ook bijlage 2 voor afbeeldingen:

Type 1: Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en/of preputium clitoridis (clitoridectomie):

- a) Verwijdering van alleen het preputium clitoridis;
- b) Verwijdering van de clitoris met het preputium clitoridis.

Type 2: Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora, met of zonder verwijdering van labia majora (excisie):

- a) Verwijdering van alleen labia minora;
- b) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora;
- c) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris, labia minora en labia majora.

Type 3: Vernauwen van de vaginale opening door het wegsnijden en het aan elkaar hechten van labia minora en/of labia majora, met of zonder verwijdering van de clitoris (infibulatie):

- a) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia minora;
- b) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia majora.

Type 4: Niet geïnclassificeerd: alle andere handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals bijv. prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

Rondom het thema VGV worden nog enkele termen gebruikt, waarvan het goed is om de betekenis te kunnen duiden zodat de zorgverlener weet wat er speelt (zie definities Hoofdstuk 1). In enkele gevallen kunnen deze termen meerdere betekenissen hebben. Als zorgverlener is het belangrijk om daar alert op te zijn en door te vragen wat er werkelijk wordt bedoeld.

Literatuur

Exterkate, M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. Pharos; 2013.

Kawous, R. Vrouwelijke Genitale Verminking. Omvang en risico in Nederland. Pharos, 2019.

Nienhuis, G., Hendriks, M. en Naleie, Z. Zware dingen moet je voorzichtig duwen. Achtergronden, gevolgen en aanpak meisjesbesnijdenis. Pharos; 2008.

Pijpers, F.I.M., M. Exterkate en M. de Jager. Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg. Centrum Jeugdgezondheid. RIVM; 2010.

RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management, (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)

Unicef. Female genital mutilation/cutting: a global concern. 2016. Beschikbaar via: http://www.unicef.org/media/files/FGMC2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf. Geraadpleegd op 2016-04-04.

Vloeberghs, E., J. Knipscheer, A. van der Kwaak, Z. Naleie, M. van den Muijsenbergh. Versluierde Pijn: een onderzoek naar psychosociale gevolgen van meisjesbesnijdenis. Pharos; 2010.

World Health Organization. [WHO guidelines of health complications from female genital mutilation](#). Geneve; 2016.

Pharos:

<https://www.pharos.nl/kennisbank/vrouwelijke-genitale-verminking-omvang-en-risico-in-nederland/>

Hoofdstuk 3 Korte- en langetermijnevolgen van vrouwelijke genitale verminking

Uitgangsvragen:

1. Welke kortetermijnevolgen zijn er bekend van VGV?
2. Welke langetermijnevolgen zijn er bekend van VGV?

Inleiding

Vrouwen na VGV kunnen hiervan gevolgen ondervinden zowel op de korte als op de lange termijn. Welke dit zijn en hoe hiernaar te handelen wordt beschreven in dit hoofdstuk. Deze gevolgen kunnen op fysiek, psychosociaal en/of seksueel gebied liggen.

Samenvatting van de literatuur

De werkgroep heeft besloten geen nieuwe systematische literatuuranalyse te verrichten om deze uitgangsvragen te beantwoorden. De RCOG Green-top Guideline Nr. 53 Female Genital Mutilation and its Management (2015) is gebruikt om antwoord te geven op deze uitgangsvragen. Grote delen van de tekst en aanbevelingen zijn ongewijzigd overgenomen en vertaald in het Nederlands.

Ter aanvulling is wel dieper ingegaan op de gevolgen voor de seksualiteit bij status na VGV. De patiëntenfocusgroep gaf aan dat dit een belangrijk knelpunt is voor vrouwen met status na VGV. Een overzichtartikel (Berg, 2014) werd gebruikt om de betrouwbaarheidsintervallen en omvang van de gevolgen schematisch weer te kunnen geven (zie ook tabel 3.1). Deze systematische review en de meta-analyse gebruikten in totaal 185 studies, waarvan de 57 beste studies gebruikt zijn voor de meta-analyse. De kwaliteit van deze studies is echter zeer wisselend, terwijl ook de studieopzet en de de studiepopulaties erg verschillen.

Overwegingen

3.1 Kortetermijnevolgen/-complicaties

De systematische review van Berg (2014) vond dat bloedingen (5-62%), urineretentie (8-53%) en genitale zwelling (2-27%) de meest voorkomende directe complicaties na VGV zijn.

In algemene zin komen bij uitgebreidere typen VGV meer complicaties voor, ongeacht het type VGV. Vanuit mensenrechtenaspecten en juridische kaders is geen enkel type VGV toegestaan.

3.2 Langetermijncomplicaties

De systematische review van Berg (2014) beschrijft een associatie tussen VGV en het ontstaan van littekens, urineweginfecties, dyspareunie, menstruatieklasten, psychologische problemen, (genitale) infecties en obstetrische complicaties. Een aantal cohortstudies en case-reports tonen een associatie tussen VGV en andere gevolgen zoals hieronder verder beschreven. De methodologische kwaliteit van deze studies is zeer matig.

Littekens

Genitale littekens na VGV kunnen hinderlijk en pijnlijk zijn. Keloïdvorming of hypertrofische littekens worden beschreven bij 3% van de vrouwen. Er kunnen huidcysten ontstaan die chirurgische verwijdering behoeven (Asante, 2010). Ook pijnlijke neuromen van de clitoris worden beschreven (Fernández-Aguilar, 2003; Abdulcadir, 2012; Kaplan, 2013).

Urinewegen

Klachten van de lagere urinewegen komen vaker voor bij vrouwen met VGV, voornamelijk bij type 2 of type 3 VGV (Amin, 2013). Een belemmerende urineflow onder het infibulatielitteken kan leiden tot symptomen van urinewegobstructie en stase van de urine kan leiden tot recidiverende urineweginfecties (relatief risico: 3.01, CI 1.42-6.38) (Berg, 2014) en steenvorming in de blaas (Yusuf, 2008). De aanbevolen behandeling is het opheffen van de infibulatie.

Beschadiging van de urethra tijdens VGV (elk type) kan leiden tot urethra stricturen en fistels. Deze vereisen beoordeling en eventuele chirurgische behandeling door een uroloog of (uro)gynaecoloog. Er is geen bewijs dat VGV op lange termijn een verhoogd risico geeft op genitale prolaps of urine- en/of fecale incontinentie (Peterman, 2008). Een litteken bij de urethra kan urodynamisch onderzoek bemoeilijken.

Dyspareunie, apareunie en verminderde seksuele functie

Dyspareunie kan optreden als gevolg van vaginale vernauwing, pijnlijk littekenweefsel, een verhoogde bekkenbodemspansing en PTSS (RR 1.53, 95% CI 1.20-1.97). Apareunie wordt ook beschreven, eveneens vulvovaginale laceraties tijdens de coïtus (Berg, 2014).

De verwijdering van seksueel gevoelige weefsels zoals de clitoris en de labia minora kunnen de seksuele sensatie en seksualiteitsbeleving verminderen; tevens kunnen littekens van de clitoris pijnlijk zijn. Tal van rapporten beschrijven verschillende seksuele gevolgen van VGV zoals vermindering van verlangen en opwinding, verlaagde frequentie van orgasme of anorgasmie, verminderde lubricatie en verminderde seksuele bevrediging (Alsibiani, 2010; Andersson, 2012; Berg, 2012; van Moorst, 2018).

Door de combinatie van verlies van fysieke functie, onvoldoende seksuele kennis, verminderde autonomie, geen begripvolle partner en verwerkingsproblematiek kunnen seksuele klachten versterkt worden. Vrouwen wijten hun seksuele klachten vaak aan het "afwezig" zijn van de clitoris en het minder direct kunnen stimuleren van de clitoris maakt dat vrouwen aangeven dit te missen. De clitoris kan echter nooit geheel verwijderd worden en de seksuele respons cyclus kan volledig doorlopen worden. Culturele verwachtingen, een eventueel psychotrauma door de VGV en de empowerment van de vrouw kunnen zeker ook een rol spelen. In een cultuur waarin de seksualiteit van de vrouw er niet mag zijn zullen vrouwen daarover ook geen standpunt innemen binnen hun relatie. Weinig vrouwen zullen daarom met hun partner het gesprek aangaan om een pijnlijke sexarche te stoppen en de toegang chirurgisch te laten "openen" in plaats van door de echtgenoot. Verder is bij vrouwen met status na VGV, zoals ook bij andere vrouwen, dyspareunie bij het vrijen vaak het gevolg van een gebrek aan

opwinding. Een gebrek aan lubricatie en doorbloeding leidt tot pijn en laceraties. Doordat vrouwen door blijven vrijen met pijn kunnen ze een hypertone bekkenbodem ontwikkelen wat pijn geeft bij gemeenschap. Er ontstaat zo een vicieuze cirkel. Een hypertone bekkenbodem kan ook voor de sexarchie ontwikkeld worden op basis van psychotrauma en lichamelijke complicaties zoals recidiverende urineweginfecties na VGV. De fysieke functie van of toegang tot de vagina kan wel degelijk ook een rol spelen maar niet de enige rol.

Menstruatieklachten

Haematocolpos als gevolg van VGV is beschreven. Dysmenorroe is ook gerapporteerd bij vrouwen met een status na VGV, echter de onderliggende pathofysiologie hiervan is onbekend (Kaplan, 2013).

Psychologische en psychosociale problemen

VGV kan psychologische gevolgen hebben zoals angststoornissen en depressieve klachten (Vloeberghs, 2012; Van Moorst, 2018). Zelden is er sprake van posttraumatische stressstoornissen (Behrendt, 2005). VGV is geassocieerd met een verhoogde incidentie van huiselijk geweld in Afrika (Salihu, 2012; Peltzer, 2014). Over dit laatste aspect zijn geen Europese gegevens bekend.

Genitale infecties en pelvic inflammatory disease (PID)

VGV is geassocieerd met een verhoogd voorkomen van bacteriële vaginosis (Berg, 2014) en herpes simplex virus type 2 (Morison, 2001); er is geen sluitend epidemiologisch bewijs voor een verhoogd risico op PID als gevolg van VGV. Een case-control studie uit Soedan toonde aan dat chlamydia, gonorroe en syfilis even vaak voorkomen bij vrouwen met en zonder status na VGV (Elmusharaf, 2006).

Infertiliteit

Op dit moment zijn er geen goede studies die duidelijk aantonen dat VGV leidt tot onvruchtbaarheid. Potentiële factoren voor infertiliteit kunnen onder meer een gebrek aan geslachtsgemeenschap (apareunia, dyspareunie, verminderde seksuele functie) en opgelopen infecties door de VGV-procedure zijn. Ook gebrek aan kennis over conservatieve alternatieve methoden, zoals inseminatie met een 'spuitje' om kunstmatig een bevruchting tot stand te brengen, kunnen een reden zijn voor infertiliteit. Een case-control studie toonde een relatie tussen primaire subfertiliteit en VGV (Almroth, 2005).

HIV en hepatitis B infectie

In veel landen waar VGV-procedures worden uitgevoerd is er een hoge prevalentie van hepatitis B (Hwang, 2011) en/of HIV (Duri, 2013). Er is geen sluitend epidemiologisch bewijs dat het risico op overdracht van hepatitis B en HIV bij status na VGV verhoogd is. Als men bedenkt dat er in sommige gebieden onsteriele instrumenten worden gebruikt voor VGV-procedures en dat bij een status na VGV sneller wondjes ontstaan aan de vulva, kan men zich voorstellen dat er wel een verhoogde kans op overdracht zal bestaan.

Obstetrische complicaties

Onderzoek naar de verloskundige complicaties van VGV wordt belemmerd door methodologische fragmentatie en het feit dat in Afrika, waar VGV meestal wordt uitgevoerd, maternale en perinatale sterfte en morbiditeit al verhoogd zijn door andere factoren. Obstetrische complicaties zijn beschreven bij alle typen van VGV. De risico's worden groter bij meer weefselschade.

Maternale complicaties in relatie tot VGV zijn beschreven in Afrika, Noord-Amerika en Europa. Een grote prospectieve studie van de WHO onderzocht de maternale en perinatale uitkomsten bij 28.000 vrouwen in zes Afrikaanse landen (WHO, 2006). Een meta-analyse (Berg, 2014) beschrijft de maternale uitkomsten bij status na VGV. Deze studie bevatte een aantal studies afkomstig uit westerse landen (Verenigde Staten en Europa), maar in meerderheid betrof het studies afkomstig uit Afrika. De meta-analyse beschrijft een verhoogd risico op verlengde/langdurige bevalling, postpartum bloedingen en perineale traumata. De WHO-studie vond ook een verhoogd risico op keizersnede, vaker neonatale reanimatie en een verhoogd risico op doodgeboorte en vroege neonatale sterfte. Er zijn geen kwalitatief goede Europese onderzoeken naar VGV en perinatale uitkomsten. Er zijn echter aanwijzingen uit epidemiologische studies dat onder niet-Europese migranten in Europa er een hogere incidentie van doodgeboorte (Small 2008; Gissler, 2009) en neonatale sterfte (Gissler, 2009) voorkomt. Het zou dus kunnen dat vrouwen met een VGV die in Nederland wonen ook een verhoogd risico hebben op doodgeboorte en perinatale sterfte.

Ondanks dat fistels geassocieerd zouden kunnen zijn met VGV zijn er geen studies die aantonen dat status na VGV een verhoogd risico geeft op obstetrische fistels na een bevalling (Browning, 2010).

Andere obstetrische gevolgen omvatten angst voor de bevalling, moeilijkheden bij het monitoren van de foetus tijdens de partus met schedelelektroden en microbloedonderzoek, problemen bij het katheteriseren tijdens de bevalling, wondinfecties en retentie van ophoping van lochia (WHO, 2006).

Conclusie

Er zijn meerdere korte- en langetermijngevolgen (gynaecologisch, psycho/seksueel, obstetrisch) waar een zorgverlener zich bewust van dient te zijn.

Tabel 3.1: Schematische weergave langetermijncomplicaties en obstetrische complicaties (Berg, 2014)

Langetermijncomplicaties van VGV	Relatieve risico (95% betrouwbaarheidsinterval)
Urineweginfectie	3.01 [1.42 – 6.38]
Dyspareunie	1.53 [1.20 – 1.97]
Seksueel overdraagbare aandoening (SOA)	1.07 [0.75 – 1.53]
Episiotomie	1.38 [1.14 – 1.67]

	Adjusted Odds Ratio (95% betrouwbaarheidsinterval)
Bacteriële vaginose	1.68 [1.28 – 2.22]
HIV	0.95 [0.54 – 1.67]
Langdurige partus	1.49 [1.01 – 2.19]
Perineumrupturen	1.39 [0.99 – 1.95]
Sectio caesarea	1.60 [1.33 – 1.91]
Kunstverlossing (primigravida)	1.56 [1.32 - 1.86]
Kunstverlossing (multigravida)	1.34 [0.80 – 2.26]
Hemorraghia post partum (HPP)	1.91 [0.98 – 4.08]

Aanbeveling

Artsen en andere zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de korte- en langetermijncomplicaties van VGV.

Literatuur

Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, Dubuisson JB, Vlastos AT. Clitoral neuroma after female genital mutilation/ cutting: a rare but possible event. *J Sex Med* 2012;9:1220–5.

Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet* 2005;366:385–91.

Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril* 2010;93:722–4.

Amin MM, Rasheed S, Salem E. Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123:21–3.

Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, Momoh C, Gayle CM. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case–control study. *BJOG* 2012;119:1606–11.

Asante A, Omurtag K, Roberts C. Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation. *Fertil Steril* 2010;94:1097.e1–3.

Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry* 2005;162:1000–2.

Berg RC, Denison E. Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women’s sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Social Policy* 2012;9:41–56.

Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4:e006316.

Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/ cutting. *Obstet Gynecol Int* 2014;2014:542859.

Browning A, Allsworth JE, Wall LL. The relationship between female genital cutting and obstetric fistulae. *Obstet Gynecol* 2010;115:578–83.

Duri K, Stray-Pedersen B. HIV/AIDS in Africa: trends, missing links and the way forward. *J Virol Antivir Res* 2013;2(1).

Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, Almroth L. A case– control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. *BJOG* 2006;113:469–74.

Fernández-Aguilar S, Noël JC. Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstet Gynecol* 2003;101:1053–4.

Gissler M, Alexander S, Macfarlane A, Small R, StrayPedersen B, Zeitlin J, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88:134–48.

Hwang EW, Cheung R. Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection. *N Am J Med Sci (Boston)* 2011;4:7–13.

Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, et al. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *Int J Womens Health* 2013;5:323–31.

Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health* 2001;6:643–53.

Van Moorst BR, das Dores S, van Lunsen RHW, Laan ETM. [Sexual and psychological well-being after female genital mutilation: a narrative systematic review]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162. pii: D2196.

Peltzer K, Pengpid S. Female genital mutilation and intimate partner violence in the Ivory Coast. *BMC Womens Health* 2014;14:13.

Peterman A, Johnson K. Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Soc Sci Med* 2009;68:971–9.

RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management, (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)

Salihu HM, August EM, Salemi JL, Weldeselasse H, Sarro YS, Alio AP. The association between female genital mutilation and intimate partner violence. *BJOG* 2012;119:1597–605.

Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier R, et al. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG* 2008;115:1630–40.

Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethn Health* 2012;17:677–95.

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006;367:1835–41.

Yusuf L, Negash S. Vaginal calculus following severe form of female genital mutilation: a case report. *Ethiop Med J* 2008;46:185–8

Hoofdstuk 4 Begeleiding van meisjes en vrouwen met status na VGV

Uitgangsvragen:

- 4.1 Hoe dient de begeleiding van vrouwen en meisjes met status na VGV te verlopen?
- 4.2 Wat is de rol van de zorgverlener in de begeleiding van vrouwen en meisjes met status na VGV?
- 4.3 Wat is de rol van de vrouw met status na VGV zelf?

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nader omschreven hoe om te gaan met vrouwen en meisjes met status na VGV.

Werkwijze

De werkgroep heeft besloten geen nieuwe systematische literatuuranalyse te verrichten om deze uitgangsvragen te beantwoorden. Daarvoor is de RCOG Green top Guideline Female Genital Mutilation and its Management Nr. 53 (2015) gebruikt. Grote delen van de tekst en aanbevelingen zijn ongewijzigd overgenomen en vertaald in het Nederlands. Uiteraard is een aanpassing naar de situatie in de Nederlandse gezondheidszorg gedaan.

Overwegingen

4.1 Begeleiding van vrouwen en meisjes met status na VGV

Begeleiden van meisjes met een recente VGV

Bij een meisje met een (vermoeden van) recente VGV kan het in overleg met Veilig Thuis (VT) nodig zijn eerst zorg te dragen voor medische en psychosociale hulpverlening. De vertrouwensarts van VT adviseert over het uitvoeren van medisch onderzoek door een kinderarts of gynaecoloog met (kinder)gynaecologische en forensisch geneeskundige expertise. Zodoende kan het onderzoek in één keer worden verricht en hoeft het meisje niet onnodig te worden belast.

Als een meisje jonger is dan 12 jaar is er toestemming van de ouders nodig. De toestemming van de ouders kan vervangen worden door die van de kinderrechter. Tussen 12 en 16 jaar is toestemming van de ouders en van het meisje zelf nodig. Boven de 16 jaar is alleen toestemming van het meisje nodig. 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.

Bij een gesprek na een recente VGV is het raadzaam de volgende onderwerpen te betrekken die van wezenlijk belang 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?;
- hoe denken de ouders en eventueel partner over besnijdenis?;
- cultuur op zich: hoe gemakkelijk praten mensen erover?;
- migratie naar landen waar besnijdenis verboden is;
- medicatie en middelengebruik ter pijnstilling.

Als er sprake is van een (recent) uitgevoerde VGV overlegt VT met de Raad voor de Kinderbescherming en zal waarschijnlijk aangifte gedaan worden bij de politie. Indien er andere minderjarige meisjes in het gezin zijn, wordt ook voor hen een risico-inschatting gemaakt.

Meisjes met status na VGV krijgen op hun leeftijd afgestemde zorg van huisarts, gynaecoloog, psycholoog, JGZ en/of sleutelpersonen. VT in de regio is bekend met de sociale kaart VGV (<https://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/focal-point-meisjesbesnijdenis/sociale-kaart>). Behalve bij VT kan ook bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) (telefoonnummer: 0900-4445444) informatie worden verkregen over welke arts deskundig is op betreffende gebieden. Verder is ook het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) te raadplegen of de forensisch arts van de plaatselijke GGD.

Begeleiding van vrouwen met status na VGV

Bij een patiënte met status na VGV dient een zorgvuldige exploratie van haar klachten plaats te vinden op een cultureel-sensitieve manier. Bij de aanwezigheid van een taalbarrière kan gebruik gemaakt worden van een sleutelpersoon of een professionele tolk (zie ook de betreffende [KNMG-kwaliteitsnorm](#)).

Een valkuil is dat het afwijzen van de praktijk van VGV voelt voor de patiënten als een afwijzing van haar zelf of haar afkomst. Klachten kunnen ook bepaald worden door haar migratiegeschiedenis en potentieel opgelopen trauma's als vluchteling. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zoals moeheid en chronische bekkenpijn kunnen hiervan symptomen zijn (Lagro, 2017).

Daarnaast moet niet vergeten worden dat er ook niet VGV-gerelateerde urologische of gynaecologische klachten kunnen optreden. Vaak zullen patiënten zich afvragen of hun klachten samenhangen met hun status na VGV en deze vraag verdient beantwoording. Voor de fysieke gevolgen van VGV wordt naar hoofdstuk 3 verwezen.

Angst en depressie samenhangend met een gebrek aan toekomstperspectief
 Voorspellers voor angst en depressie zijn een heldere herinnering aan de VGV, het type VGV en een copingstijl met medicatie en middelengebruik. PTSS kan ontstaan na de VGV en kan uitgelokt worden door sleutelmomenten later in het leven zoals de sexarche, de bevalling of een gynaecologische of urologische ingreep.

Meer dan 50% van de vrouwen met status na VGV heeft pijn bij de eerste coïtus, dit percentage is veel hoger dan bij vrouwen zonder VGV. VGV hoeft niet tot seksuele stoornissen te leiden. De complete seksuele responscyclus kan doorlopen worden, aangezien de clitoris nooit geheel verwijderd kan worden.

Tot slot kan schaamte een belangrijke rol spelen bij vrouwen met status na VGV.

In de anamnese wordt navraag gedaan naar:

- het type VGV;
- de leeftijd waarop de vrouw besneden is;
- de omstandigheden bij de VGV en of er verdoving is gegeven;
- de overtuigingen rondom VGV bij de vrouw zelf en haar partner;
- hoe vindt zij het om hierover te praten?;
- gebruik van medicijnen of middelen als pijnstilling;
- is er een voorgeschiedenis van (seksueel) misbruik?;
- hoe is de vluchtgeschiedenis van deze vrouw geweest?;
- hangen de klachten met de laatste twee samen?

Het lichamelijk onderzoek

Bij onderzoek wordt aandacht besteed aan het type VGV. Beschreven wordt het gebied rond de clitoris, de aan- of afwezigheid van de labia minora en majora, de introïtus, aanwezigheid van littekenweefsel en eventuele complicaties hiervan.

Probeer een “medical gaze” alsof de patiënte een bijzonderheid is te vermijden.

Op verzoek van een patiënte kan een de-infibulatie gepland worden. Zie voor de beschrijving hiervan hoofdstuk 5.

4.2 Rol zorgverlener

Een inventarisatie van de klachten dient op een cultureel-sensitieve manier plaats te vinden.

Bijvoorbeeld met behulp van het [cultureel interview](#) van Pharos. Indien er sprake is van een taalbarrière kan gebruik gemaakt worden van een sleutelpersoon of een professionele tolk (zie ook de betreffende [KNMG-kwaliteitsnorm](#)). Aangezien patiënten met status na VGV in Nederland relatief zeldzaam zijn, is het moeilijk ruime ervaring hiermee op te doen. Indien de zorgverlener zich onvoldoende ervaren voelt kan er verwezen worden naar een zorgverlener met meer ervaring. Een samenwerkingsverband met vaste psychologen, seksuologen en (bekken)fysiotherapeuten wordt aanbevolen.

Met het oog op preventie blijft VGV een gespreksonderwerp in de contacten die de zorgverlener heeft met het gezin afkomstig uit een risicoland.

Bij de begeleiding van vrouwen met status na VGV moet aandacht zijn voor de eventuele andere meisjes in dit gezin en het risico op VGV bij hen in de toekomst.

4.3 Rol vrouw zelf

Het is belangrijk dat patiënte haar verhaal goed kan verwoorden en dat ze ook duidelijk te kennen geeft dat ze de gekregen informatie heeft begrepen. Ze moet zich openstellen om kennis te verkrijgen, begeleiding en steun te vragen en deze ook te accepteren. Het staat de patiënte vrij om iemand mee te nemen om voor haar te tolken of haar te ondersteunen (dit kan ook een sleutelpersoon zijn). De patiënte dient kennis te hebben van de gezondheidszorg in Nederland, het verzekeringssysteem en de kosten die verbonden zijn aan de hulpverlening. De patiënte dient op de hoogte te zijn van haar rechten als het gaat om geheimhouding en toestemming voor informatie-overdracht.

Aanbevelingen

Bij een vermoeden van uitgevoerde VGV of bij dreiging van VGV vraagt de zorgverlener altijd advies bij Veilig Thuis. Op advies van Veilig Thuis kan geadviseerd worden medisch onderzoek te verrichten.

Het medisch onderzoek van meisjes jonger dan 16 jaar waarbij mogelijk sprake is van een recent uitgevoerde VGV wordt bij voorkeur verricht door een kinderarts of gynaecoloog met (kinder)gynaecologische en forensisch geneeskundige expertise ten einde het onderzoek maar eenmalig te hoeven verrichten.

Goed medisch onderzoek prevaleert boven forensisch onderzoek.

Als er bij een meisje sprake is van een recent uitgevoerde VGV wordt door Veilig Thuis overlegd met de Raad voor de Kinderbescherming en dient er aangifte gedaan te worden bij de politie.

Exploratie van klachten dient verricht te worden op cultureel-sensitieve wijze.

Vrouwen met status na VGV dienen bij voorkeur verwezen te worden naar een zorgverlener met ervaring op het gebied van VGV. Deze zorgverlener dient toegang te hebben tot een multidisciplinair netwerk met expertise op het gebied van VGV.

Literatuur

De Jager M. 2016, [Handelingsprotocol](#) Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen

Lagro-Janssen ALM, Teunissen D. Chronische bekkenpijn. Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten. Redactie HE van der Horst en NJ de Wit,. BSL Houten 2017, p. 131-143.

[Naleie Z, Vloeberghs E., Hummeling T. 2015, Evaluatierapport Project Toeleiding naar zorg voor besneden vrouwen 2012-2015](#)

RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)

Hoofdstuk 5 Begeleiding van vrouwen met status na VGV in de gynaecologische en verloskundige praktijk

Uitgangsvragen:

1. Hoe is de begeleiding in de gynaecologische praktijk van vrouwen met status na VGV?
2. Hoe is de begeleiding in de verloskundige praktijk van vrouwen met status na VGV?

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de begeleiding besproken van vrouwen met status na VGV in de verloskundige en gynaecologische praktijk. Hoe dient het onderwerp bespreekbaar gemaakt te worden, hoe dient men deze vrouwen te begeleiden en wat kan men voor deze vrouwen betekenen in de verloskundige/gynaecologische praktijk?

Samenvatting van de literatuur

De werkgroep heeft besloten geen nieuwe systematische literatuuranalyse te verrichten om deze uitgangsvragen te beantwoorden. Daarvoor is de RCOG Green top Guideline Female Genital Mutilation and its Management Nr. 53 (2015) gebruikt. Grote delen van de tekst en aanbevelingen zijn ongewijzigd overgenomen en vertaald in het Nederlands. Naar aanleiding van de focusgroepgesprekken met vrouwen met status na VGV en sleutelpersonen is een aanbeveling gedaan voor de gedetecteerde knelpunten.

Overwegingen

5.1 Begeleiding van vrouwen met status na VGV in de gynaecologische praktijk

Verwijzingen

Van alle zorgverleners wordt verwacht dat men vrouwen kan identificeren met status na VGV. In gebieden met een lage prevalentie moeten er duidelijke zorgpaden voor verwijzing zijn naar instellingen met goede zorg voor vrouwen met status na VGV. Zelfverwijzing is formeel momenteel niet mogelijk in Nederland maar de eerstelijns zorgverlener moet laagdrempelig hiertoe bereid zijn. In principe is het ook in het belang van de vrouw zelf dat een eventuele verwijzing plaatsvindt door de eerstelijns zorgverlener. De werkgroep is van mening dat in de toekomst zelfverwijzing verband houdend met VGV mogelijk zou moeten zijn.

Klinisch management

Bij de begeleiding van vrouwen met status na VGV in de gynaecologische en verloskundige praktijk, moet aandacht zijn voor de eventuele meisjes in het gezin en het risico op VGV bij hen in de toekomst.

De-infibulatie

De-infibulatie is een kleine chirurgische ingreep om het littekenweefsel dat de urethra, vagina en introïtus afdicht te openen. De indicatie tot de-infibulatie van de externe genitaliën wordt beoordeeld door een ervaren zorgverlener. De-infibulatie wordt soms aangeduid als 'omkering' van een VGV. Dit is echter niet correct aangezien er geen weefsel wordt vervangen en er geen herstel plaatsvindt van de normale anatomie en functie van de vulva.

De-infibulatie wordt aanbevolen als de introïtus niet voldoende open is voor normaal urine- en menstruatiebloedverlies, vaginaal onderzoek, geslachtsgemeenschap en voor een veilige vaginale bevalling. De-infibulatie kan ook nodig zijn om gynaecologisch onderzoek mogelijk te maken. In de praktijk zal dit vaak nodig zijn bij vrouwen met een type 3 besnijdenis, waarbij de vaginale introïtus is verkleind.

De-infibulatie kan doorgaans worden uitgevoerd onder plaatselijke verdoving in een daartoe ingerichte ruimte voor kleine ingrepen of in een verloskamer. In de keuze voor lokale anesthesie, sedatie of regionale dan wel algehele anesthesie wordt de voorkeur van de patiënte meegenomen.

De-infibulatie (na type 3 VGV)

Bij een type 3 VGV is er sprake van vernauwing van de introïtus vaginae. Als gevolg van het verwijderen/insnijden van de labia minora (type 3a) en/of labia majora (type 3b) en het dichthechten hiervan is een "gesloten" vulva ontstaan met een litteken in de middellijn en met of zonder verwijderde clitoris. Aangezien de vulva gesloten is, is niet altijd vooraf bekend of ook een clitoridectomie is verricht.

De-infibulatie is een kleine chirurgische procedure waarbij de introïtus van de vagina weer wordt geopend. Terwijl de onderliggende structuren worden beschermd, wordt het litteken in de middellijn geïncideerd totdat de externe meatus van de urethra en eventueel de clitoris weer zichtbaar zijn. De wondranden worden daarna met oplosbaar materiaal gehecht. Dit zorgt ervoor dat de introïtus open/toegankelijk blijft.

De-infibulatie wordt ook aangeraden voor alle vrouwen met status na VGV die langetermijn-complicaties ervaren zoals dysmenorroe, dyspareunie, apareunie of chronische vaginale en urineweginfecties. De procedure wordt uitgevoerd om zowel vaginale seks als een vaginale bevalling te vergemakkelijken dan wel mogelijk te maken. Het percentage complicaties is laag en de satisfactie van de patiënte en echtgenoot is hoog (Nour, 2006).

5.2 Begeleiding van vrouwen met status na VGV in de verloskundige praktijk

5.2.1 Zwangerschap

Niveau van zorg

Vrouwen met status na VGV hebben meer kans op obstetrische complicaties (zie hoofdstuk 3). Daarom wordt consultatie bij een ervaren zorgverlener aanbevolen. Vrouwen die eerder één of meerdere ongecompliceerde zwangerschappen en vaginale bevallingen hebben doorgemaakt zullen uiteraard een lager risico hebben. Het is echter wel van belang na te gaan of zij geen re-infibulatie na de bevalling hebben ondergaan. De werkgroep adviseert daarom om bij alle vrouwen uit risicogebieden, ongeacht pariteit, navraag te doen naar (de vorm van) VGV en eventuele re-infibulatie.

Identificatie VGV

Zwangerschap is een periode waarin vrijwel alle vrouwen onder medische zorg komen te staan. Dit vormt een belangrijke kans om vrouwen te identificeren met status na VGV. Het is het moment om hen informatie en advies te geven. Ook is dit een belangrijk moment voor preventie (zie hoofdstuk 8 Organisatie van de zorg).

In Nederland zou een “proef” vaginaal toucher in de zwangerschap kunnen worden verricht zodat op een veilig tijdstip in de zwangerschap maatregelen ten behoeve van de bevalling kunnen worden genomen. Met het vaginaal toucher kan ook een eventuele PTSS opgespoord worden en kan zo nodig traumabehandeling bijvoorbeeld met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) worden ingesteld. Opsporing van VGV in de zwangerschap is het beste mogelijk door een goede anamnese bij het eerste consult. Belangrijk is om gericht te vragen naar een VGV in de voorgeschiedenis (HSCIC, 2015). 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 zich te realiseren dat niet alle vrouwen weten of ze zijn blootgesteld aan VGV.

Een voorbeeld van een zorgpad klinisch beleid van de zwangere vrouwen is te vinden in bijlage 4.

Welke documentatie dient minimaal plaats te vinden?

De verloskundige zorgverlener documenteert het type VGV, beschrijft de vorm van de besnijdenis aan de hand van de inspectie en noteert de omstandigheden waaronder dit heeft plaatsgevonden.

Er vindt screening plaats op mogelijke psychosociale gevolgen en het preventietraject neemt een aanvang in de zwangerschap.

Indien er een verdenking is op een recente VGV of dreigende VGV bij een minderjarige dient de ‘meldcode kindermishandeling’ gevolgd te worden.

Prenatale zorg

Screening op mogelijke psychologische en psychosociale gevolgen van VGV vindt routinematig plaats en zo nodig wordt verwezen naar een ervaren zorgverlener.

Er vindt in de zwangerschap een onderzoek plaats waarbij er een inspectie van de vulva gebeurt. Als de introïtus voldoende geopend is voor vaginaal toucher en de meatus urethrae zichtbaar, hoeven geen verdere maatregelen getroffen te worden.

Screening op hepatitis C in aanvulling op de andere routinematige serologische screening (hepatitis B, HIV en lues) wordt aangeboden (Chibber, 2011; Duri, 2013; Hwang, 2011).

Indien de-infibulatie noodzakelijk lijkt voor de baring wordt de procedure hiervan besproken. Het verrichten hiervan leidt tot een lager risico op sectio caesarea en perineale schade. Op verzoek van de patiënte of bij type 3 VGV en onvoldoende vaginale toegang voor vaginaal onderzoek tijdens de baring, kan gekozen worden voor een de-infibulatie tijdens de zwangerschap. Door het electieve karakter kan dan ook een optimale planning bij een ervaren zorgverlener plaatsvinden (zie paragraaf 5.1). Echter, vrouwen kunnen ook de voorkeur geven aan een de-infibulatie, ook wel episiotomie anterior genoemd, tijdens de baring.

Re-infibulatie is in Nederland bij wet verboden. Er dient uitleg gegeven te worden dat een re-infibulatie niet plaats zal vinden. De gevolgen op het gebied van gezondheid en de voordelen van het niet re-infibuleren dienen te worden uitgelegd.

Het zorgplan wordt vastgelegd in de status.

5.2.2 Partus

Indien de indicatie bestaat voor een de-infibulatie tijdens de bevalling dient deze bij voorkeur verricht te worden door een ervaren zorgverlener.

Labium rupturen (en een mediolaterale episiotomie) dienen op dezelfde manier gehecht te worden als bij vrouwen zonder status na VGV.

Status na VGV is op zich geen indicatie voor een bevalling in de tweede lijn mits de eerstelijns verloskundige een ervaren zorgverlener is.

Afhankelijk van het onderzoek en de begeleiding tijdens de zwangerschap wordt een risico-inschatting gemaakt voor de baring en afhankelijk daarvan wordt de plaats van de bevalling in overleg met de vrouw bepaald.

De-infibulatie tijdens de baring (episiotomie anterior) vindt op dezelfde manier plaats als tijdens of buiten de zwangerschap (zie paragraaf 5.1). Echter, het gebruik van een schaar met stompe punten heeft dan de voorkeur. Als lokaal anestheticum wordt lidocaïne zonder adrenaline gebruikt. Er is geen gerandomiseerd onderzoek naar een optimaal beleid rondom de-infibulatie tijdens de baring. Een tijdige de-infibulatie, uiterlijk bij het insnijden van het caput, kan de uitkomsten mogelijk verbeteren, echter bewijskracht hiervoor is in de literatuur niet te vinden. Zo nodig wordt na de episiotomie anterior de noodzaak tot het zetten van een mediolaterale episiotomie op gebruikelijke indicaties beoordeeld. Vaak zal bij vrouwen met status na VGV sprake zijn van verlittekening en verminderde elasticiteit van de vulva.

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

Wat als het zorgplan ontbreekt tijdens de baring?

Het effect van de status na VGV op de baring dient zo cultureel sensitief mogelijk besproken te worden en een zorgplan dient alsnog gemaakt te worden. Bij problemen met vaginaal onderzoek of katherisatie wordt een de-infibulatie tijdens de ontsluiting aanbevolen. Bij voldoende ruimte voor vaginaal onderzoek kan de episiotomie anterior uitgesteld worden tot tijdens de uitdrijving.

5.2.3 Kraambed

In het kraambed wordt het standpunt "Preventie van VGV door de Jeugdgezondheidszorg" (2010) voor een pasgeboren meisje en andere minderjarige meisjes in het gezin gevolgd. De verloskundig zorgverlener is verantwoordelijk voor inventarisatie van het risico op besnijdenis bij het pasgeboren meisje.

Als dit nog niet is gebeurd worden zo nodig vervolgfafspraken gemaakt om alsnog een de-infibulatie te bespreken en te verrichten.

Van belang is verder om het beloop van de baring met de kraamvrouw te bespreken en daarbij aandacht te besteden aan de mogelijke rol die haar VGV hierbij gespeeld heeft. De verloskundige dient in het kraambed toestemming te vragen om de status na VGV van de kraamvrouw in het verslag naar het consultatiebureau (CB) te mogen vermelden en of preventie van VGV voor haar dochter(s) is besproken.

Aanbevelingen

Zorgverleners dienen basiskennis te hebben van VGV, de aard en omvang van VGV, de landen en culturen waarbinnen VGV veelvuldig voorkomt en de culturele achtergronden daarvan, de gevolgen en gevaren van VGV.

Indien relevant voor de behandeling dient de zorgverlener na te vragen aan patiënte of VGV heeft plaatsgevonden.

Zorgverleners weten hoe te handelen bij vermoedens van (op handen zijnde) VGV: ga in gesprek met de ouders en wijs hen op de ernst van deze ingreep en de gevolgen, zowel lichamelijk als psychisch voor de jeugdige.

Geef voorlichting over de Nederlandse wet inzake VGV (zie hoofdstuk 7).

Bij verwijzing van vrouwen na VGV met klachten/symptomen gerelateerd aan VGV wordt bij voorkeur verwezen naar een zorgverlener met ervaring in de behandeling van vrouwen met VGV.

De werkgroep is van mening dat het voor vrouwen met VGV in de toekomst mogelijk moet zijn zich rechtstreeks te wenden tot een zorgverlener deskundig op het gebied van VGV. Het heeft echter de voorkeur, in het belang van de vrouw, dat een eventuele verwijzing plaatsvindt door een eerstelijns zorgverlener.

Verslaglegging van het onderzoek van de vulva dient minimaal te bestaan uit: welke delen van de vulva zijn verwijderd, (mate van) verlittekening en welke sequelen zijn ontstaan.

Binnen de anamnese dient actief geïnventariseerd te worden of er behoefte is aan psychosociale hulpverlening.

Zorgverleners moeten erop bedacht zijn dat bij VGV vaginaal onderzoek bemoeilijkt wordt en pijnlijk kan zijn. In dat geval dient met desbetreffende vrouw besproken en overlegd te worden op welke manier een onderzoek wel verricht kan worden (anesthesie/sedatie).

De-infibulatie kan noodzakelijk zijn alvorens andere gynaecologische onderzoeken of ingrepen plaats kunnen vinden.

Aan vrouwen die mogelijk baat hebben bij de-infibulatie dient gevraagd te worden of zij counseling wensen over de mogelijkheid van de-infibulatie, ook al is dat niet de directe hulpvraag waarmee de vrouw komt.

Er dient in overleg met de vrouw gekozen te worden wanneer en waar de de-infibulatie plaats gaat vinden.

Obstetrische zorgverleners dienen zich bewust te zijn van de specifieke obstetrische complicaties die na VGV kunnen optreden.

Verricht een de-infibulatie voor of tijdens de baring ter reductie van obstetrische complicaties.

Bij alle vrouwen uit landen waar VGV wordt geïmplementeerd dient in het eerste consult te worden gevraagd of er sprake is van VGV, zodat de mate van VGV in het begin van de zwangerschap kan worden geïdentificeerd. Dit dient te worden gedocumenteerd in het medische dossier en/of op de verloskundige kaart.

Verloskundige zorg voor vrouwen met VGV dient geleverd te kunnen worden door elke obstetrische zorgverlener.

Literatuur

Chibber R1, El-Saleh E, El Harmi J. Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011 Jun;24(6):833-6. doi: 10.3109/14767058.2010.531318. Epub 2010 Dec 1.

Duri K, Stray-Pedersen B. HIV/AIDS in Africa: trends, missing links and the way forward. *J Virol Antivir Res* 2013;2(1).

Health and Social Care Information Centre. Female Genital Mutilation (FGM) Enhanced Dataset. Requirements Specification. [Leeds]: HSCIC; 2015

Hwang EW, Cheung R. Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection. *N Am J Med Sci (Boston)* 2011;4:7–13.

Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: Effect on symptoms and sexual function. *Obstet Gynecol.* 2006;108:55–60.

RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management, (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)

Hoofdstuk 6 Reconstructie van VGV

Uitgangsvragen:

- 6.1 Wat verstaat men onder reconstructie na VGV?
- 6.2 Wat zijn de indicaties voor reconstructie na VGV?
- 6.3 Wat zijn de chirurgische mogelijkheden van een reconstructie na VGV?
- 6.4 Wat zijn de resultaten van reconstructie na VGV?

Inleiding

Reconstructie van de uitwendige genitaliën na VGV is een ingreep waarnaar tot op heden geen (gerandomiseerde) onderzoeken zijn verricht. Het is een onderwerp waar nog veel onduidelijkheden over zijn. Verwachtingen over wat onder reconstructie wordt verstaan lopen bij vrouwen en hulpverleners nogal uiteen. Zowel de RCOG als de WHO raden in hun meest recente richtlijnen reconstructie na VGV sterk af. Zowel vanuit de patiënten die deelnamen aan beide focusgroepen als vanuit zorgverleners betrokken bij vrouwen met status na VGV, bestond er een grote behoefte aan verduidelijking van het onderwerp reconstructie na VGV.

Samenvatting van de literatuur

De beschikbare literatuur omtrent de beantwoording van deze uitgangsvragen is zeer gering. Een systematisch literatuuronderzoek om elke uitgangsvraag te kunnen beantwoorden was om deze reden niet zinvol. Voor uitgangsvraag 6.4 werd wel systematisch literatuuronderzoek verricht maar hierbij werden geen artikelen gevonden die de gevolgen van een reconstructie na VGV als primaire uitkomstmaat hadden onderzocht (zie bijlage 5 voor zoekverantwoording). Om deze reden werd een zoekopdracht uitgevoerd waarbij reconstructie na VGV in het algemeen werd gebruikt als zoekterm. Literatuur werd gebruikt die tot uiterlijk medio 2018 was verschenen. Hierbij werden voornamelijk artikelen gevonden die berusten op expert opinion. Er werd maar één grote retrospectieve cohort- studie gevonden (Foldès, 2012). Een systematisch overzichtartikel gepubliceerd in 2017 vatte naast dit artikel nog 61 andere studies samen die de effecten van de-fibulatie, excisie van cysten en clitoris-reconstructie beschrijven (Berg, 2017).

Overwegingen

6.1 Wat verstaat men onder reconstructie na VGV?

Onder reconstructie na VGV wordt zowel het herstellen van de vorm maar met name ook van de functie van de genitalia externa verstaan.

6.2 Wat zijn de indicaties voor reconstructie na VGV?

Vulvaire en clitorale pijn zijn de belangrijkste redenen om tot reconstructie over te gaan wanneer conservatieve maatregelen falen. Een andere indicatie is herstel of verbetering van de somatische seksuele functie bijvoorbeeld als er sprake is van pijn bij de coïtus of problemen met de penetratie.

Daarnaast kunnen klachten als gevolg van littekenvorming en cystevorming indicaties voor reconstructieve operaties zijn.

Bovenal wordt het doel van de reconstructie bepaald door wat de vrouw zelf wenst in relatie tot de chirurgische mogelijkheden.

Cosmetische reconstructie en reconstructie wegens psychische (seksuele) klachten vallen buiten het onderwerp van deze leidraad.

6.3 Wat zijn de chirurgische mogelijkheden van reconstructie?

De ernst en type van VGV (hoeveel en welk weefsel er is verwijderd) bepalen de chirurgische mogelijkheden voor reconstructie na VGV. Er worden verschillende technieken beschreven (Johnson 2007, Quilichini 2009, Dobbeleir 2011, Madzou 2011, Fazari 2013, Gultekin 2016).

6.3.1. De-infibulatie (na type 3 VGV)

Voor de-infibulatie wordt verwezen naar hoofdstuk 5.

6.3.2. Clitorisreconstructie (na type 1b, 2b en evt. type 3a, b VGV)

Deze ingreep kan worden verricht indien er sprake is van een partieel dan wel totaal verwijderde clitoris en/of preputium (clitoridectomie) (WHO, 2008).

Er zijn enkele studies die laten zien dat door een reconstructie de clitorale functie kan worden verbeterd. De clitorisreconstructie werd voor het eerst beschreven door Thabet in 2003 en Foldès in 2004. Hierbij wordt littekenweefsel, dat is ontstaan door de VGV, verwijderd en de clitorale stomp chirurgisch bevrijd en naar buiten gebracht. Vulvaire huid kan gebruikt worden om een nieuw preputium te vormen.

Deze ingreep kan zowel onder lokale als onder algehele anesthesie worden uitgevoerd. Verschillende publicaties, inclusief de grote retrospectieve studie van Foldès (2012), claimen met deze techniek een herstel van de clitorale functie. Deze ingreep is toenemend populair (Foldès, 2004; Foldès, 2012; Thabet, 2003; Ouedraogo, 2013; Ouedraogo, 2016).

6.3.3. Labium minus-reconstructie (na type 2abc, type 3a, evt. 3b VGV)

Over labium minus-reconstructie na VGV is tot op heden niet gerapporteerd in de literatuur.

Aangezien het labiumweefsel is verwijderd zal het meestal onmogelijk zijn om tot een volledige labiumreconstructie te kunnen komen. In sommige gevallen ontstaan als langetermijncomplicatie na VGV huidcysten. In dat geval valt te overwegen om met lokale transpositielappen deze huid te gebruiken voor labiumreconstructie in plaats van simpelweg deze met de cyste te reseceren. Hierover ontbreken vooralsnog studies (Berg, 2017).

6.3.4. Chirurgische interventies wegens vulvaire en clitorale pijn na VGV

Pijn als gevolg van VGV kan zijn oorsprong hebben in de vulva, de clitoris en de onderbuik. Hoewel pijn in de vulva veroorzaakt kan worden door littekenvorming kan vaginale pijn veroorzaakt worden door uitgebreide mutilatie, als bij type 3 VGV of door de gevolgen van obstetrische traumata. Pijn in de onderbuik kan voortkomen uit recidiverende infecties zoals PID (Ezebialu, 2017).

Dyspareunie kan veroorzaakt worden door littekenweefsel dat minder elastisch is dan onbeschadigd weefsel. Voorts kan schade aan zenuwvezels leiden tot neurinomen die ook een oorzaak van de pijn kunnen zijn. Gecompliceerde clitorale en vulvaire cystes kunnen ook een bron van pijn zijn bij vrouwen die een VGV hebben ondergaan. Deze retentiecysten kunnen ontsteken en leiden tot abcesvorming (Thabet, 2003).

Pijnklachten kunnen optreden en verergeren tijdens de menstruatie. Pijn kan ook optreden tijdens de mictie als gevolg van een vernauwde introïtus, met name bij vrouwen met een type 3 VGV. Globaal gezien kunnen deze pijnlijke afwijkingen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden (Abdulcadir, 2015a; Krause, 2011; Vital, 2016).

Nadat conservatieve opties voor pijnreductie besproken en optimaal toegepast zijn kunnen chirurgische interventies overwogen worden. Chirurgische interventies voor het behandelen van vulvaire en clitorale pijn hebben als doel het verwijderen van abnormaal weefsel en een zo goed mogelijk herstel van de anatomie. Omdat de oorzaak van de onderliggende pijn individueel kan verschillen zal ook de chirurgische benadering en interventie verschillen. Chirurgische procedures als excisie van littekenweefsel, symptomatische keloïdweefsel, neurinomen en gecompliceerde clitorale cysten kunnen onder lokale of algehele anesthesie worden uitgevoerd. Vulvaire abcessen kunnen worden behandeld met specifieke interventies, zoals marsupialisatie, vaak met goede resultaten.

6.4 Wat zijn de effecten van reconstructie?

6.4.1. De-infibulatie

De procedure wordt uitgevoerd om medische redenen en/of om de kwaliteit van leven te verbeteren. De-infibulatie wordt aangeraden voor alle geïnfibuleerde vrouwen die langetermijncomplicaties ervaren zoals dysmenorroe, dyspareunie, apareunie of chronische vaginale en urineweginfecties en kan ook worden verricht op eigen verzoek. Twee andere belangrijke redenen voor de-infibulatie zijn het mogelijk maken van coïtus en een vaginale bevalling. Obstetrische complicaties kunnen worden voorkomen door tijdige de-infibulatie (Berg, 2017). Na de-infibulatie is er minder kans op een sectio caesarea (RR 0,33, 95% CI 0,25-0,45) en een perineum- of totaalruptuur (RR 0,21, 95% CI 0,05-0,94). Of de de-infibulatie voor of tijdens de partus wordt verricht lijkt geen invloed te hebben op het voorkomen van deze obstetrische complicaties. Het complicatiepercentage van de procedure is laag en de satisfactie van patiënte en echtgenoot is hoog (Nour, 2006).

6.4.2. Clitorisreconstructie

Met een operatie is het tijdens VGV verwijderde clitorale weefsel niet te vervangen. Het is mogelijk dat chirurgische exploratie van de clitorale regio zou kunnen resulteren in verdere schade aan clitorale zenuwen en vascularisatie met verder verlies van sensibiliteit als gevolg. Het is betwistbaar of deze procedures werkelijk de clitorale sensibiliteit verbeteren, ook al wordt het cosmetische aspect bij sommige vrouwen door deze ingreep verbeterd (Abdulcadir, 2015b; Ezebialu, 2017).

De bestaande studies zijn retrospectief met matige follow-up en het ontbreekt aan gestandaardiseerde evaluatie van seksuele functie. In de grootste studie tot op heden (Foldès, 2012), participeerden 2.938 vrouwen die een operatie ondergingen, maar slechts 29% van de vrouwen kwam terug voor follow-up en 4% werd opnieuw opgenomen vanwege chirurgische complicaties zoals een hematoom, wonddehiscentie of koorts. Na een jaar follow-up (840 vrouwen) waren de pijnklachten en het clitoraal genot hetzelfde. Het systematische review artikel van Berg concludeert dat de studies onderling niet goed vergelijkbaar zijn. Bij grofweg driekwart van de vrouwen is het mogelijk het uiterlijk en de vorm van de clitoris te herstellen (Berg, 2017). In 43-67% van de gevallen is er een verbetering van de seksuele functie, maar in 22% van de gevallen is er een verslechtering na reconstructie.

Overwegingen

De beschikbare literatuur voor de beantwoording van deze uitgangsvragen geeft hier geen goed antwoord op. De studies zijn te heterogeen van opzet en beschrijven veel verschillende uitkomstmaten waardoor samenvoegen van de resultaten niet goed mogelijk is.

Er is zeer zwak bewijs dat na reconstructie na VGV pijnklachten verminderen (Foldès, 2004; Foldès, 2012; Quedraogo, 2013). Een review over dit onderwerp kon zelfs geen goede studies ter analyse selecteren (Ezabialu, 2017). Hoewel de vorm van de clitoris in driekwart van de gevallen kan worden hersteld wordt verbetering van de seksuele functie in maximaal 67% van de gevallen beschreven. Dit lijkt op zich een bemoedigend percentage om de somatische seksuele dysfunctie te kunnen herstellen. Goede triage vooraf om psychische seksuele dysfunctie uit te sluiten lijkt hierbij noodzakelijk omdat in meer dan 20% van de gevallen er daarna zelfs een verslechtering kan optreden. Goede voorlichting en counselling lijken hierbij onontbeerlijk (De Schrijver, 2016). Naar de mening van de werkgroep dient degene die de voorlichting en counseling verzorgt een ter zake deskundige te zijn die bij voorkeur kennis heeft over en ervaring heeft met reconstructieve operaties.

Naar schatting van de werkgroep zullen jaarlijks maximaal 100 vrouwen voor deze ingreep in aanmerking willen komen. Gezien dit te verwachten lage aantal vrouwen dat jaarlijks in aanmerking komt voor reconstructie na VGV is het nodig om dit soort ingrepen te centraliseren in referentiecentra ten einde de expertise en met name de uitkomsten te kunnen monitoren en vast te leggen. Een dergelijk centrum dient te voldoen aan tevoren op te stellen criteria ten einde kwaliteit van de behandeling en goede follow-up te kunnen waarborgen. Deze criteria dienen in overleg met de betrokken wetenschappelijke verenigingen te worden vastgesteld. Als voorbeeld voor een dergelijke organisatie kan de situatie in België dienen, waar twee referentiecentra zijn gevestigd.

Gezien de wisselende uitkomsten in resultaten uit de verschillende studies is er idealiter behoefte aan een klinische trial van goede kwaliteit om de veiligheid en effectiviteit van (clitoris)reconstructie na VGV te onderzoeken. Tevens zouden in een dergelijke trial de verschillende operatiemethoden kunnen worden geëvalueerd. Omdat het echter niet erg waarschijnlijk is dat een (gerandomiseerd) onderzoek in de praktijk mogelijk zal zijn door het lage aantal ingrepen en de sterk wisselende problematiek waarmee vrouwen zich presenteren, lijkt het meest haalbare om een goed landelijk follow-up-systeem op te zetten waarmee over een aantal jaren de effecten van deze ingrepen kunnen worden geëvalueerd.

Teneinde dit te kunnen bewerkstelligen, is het naar de mening van de werkgroep verstandig dit soort chirurgie te centraliseren in een referentiecentrum. Naast de somatische en klinische follow-up dient tevens aandacht te zijn voor psychologisch, seksuologisch en emotioneel welzijn.

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat bij vrouwen met status na VGV de zorgverlener tot taak heeft de informatiebehoefte over de mogelijkheid van reconstructieve chirurgie en de mogelijke verbetering op cosmetisch, functioneel en seksuologisch gebied te inventariseren.

Als er informatiebehoefte bestaat dient het geven van informatie door een ter zake kundige zorgverlener te geschieden.

Reconstructieve chirurgie bij vrouwen na VGV heeft als doel somatische klachten te verhelpen.

Reconstructieve (clitoris)chirurgie bij vrouwen na VGV met als enig doel de seksualiteit te bevorderen wordt niet aanbevolen.

De beschreven reconstructieve chirurgie dient gecentraliseerd plaats te vinden door een multidisciplinair behandelteam opdat adequate evaluatie, follow-up, onderzoek en documentatie plaats kunnen vinden.

Literatuur

Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet* 2015a;129:93-7.

Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: case studies. *J Sex Med* 2015;12:274-81.

Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG* 2018;125:278-287.

De Schrijver L, Leye E, Merckx M. A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2016;21:269-75.

Dobbeleir JM, Landuyt KV, Monstrey SJ. Aesthetic surgery of the female genitalia. *Semin Plast Surg* 2011;25:130-41.

Ezebialu I, Okafo O, Oringanje C, Ogbonna U, Udoh E, Odey F, Meremikwu MM. Surgical and nonsurgical interventions for vulvar and clitoral pain in girls and women living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;136 Suppl 1:34-37.

Fazari AB, Berg RC, Mohammed WA, Gailii EB, Elmusharaf K. Reconstructive surgery for female genital mutilation starts sexual functioning in Sudanese woman: a case report. *J Sex Med* 2013;10:2861-5.

Foldès P. [Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation]. *Prog Urol* 2004;14:47-50.

Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012;380(9837):134-41.

Gültekin İB, Altınboğa O, Dur R, Kara OF, Küçüközkan T. Surgical reconstruction in female genital mutilation. *Turk J Urol* 2016;42:111-4.

Johnson C, Nour NM. Surgical techniques: defibulation of Type III female genital cutting. *J Sex Med* 2007;4:1544-7.

Krause E, Brandner S, Mueller MD, Kuhn A. Out of Eastern Africa: defibulation and sexual function in woman with female genital mutilation. *J Sex Med* 2011;8:1420-5.

Madzou S, Ouédraogo CM, Gillard P, Lefebvre-Lacoeuille C, Catala L, Sentilhes L, Descamps P. [Reconstructive surgery of the clitoris after sexual mutilation]. *Ann Chir Plast Esthet* 2011;56:59-64.

Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstet Gynecol* 2006;108:55-60.

Ouédraogo CM, Madzou S, Simporé A, Combaud V, Ouattara A, Millogo F, Ouédraogo A, Kientore S, Zamane H, Sawadogo YA, Kaien P, Dramé B, Thieba B, Lankoandé J, Descamps P. [Clitoral reconstruction after female genital mutilation at CHU Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso. About 68 patients operated]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016;45:1099-1106.

Ouédraogo CM, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. [Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. Report of 94 cases]. *Ann Chir Plast Esthet* 2013;58:208-15.

Quilichini J, Burin Des Roziers B, Daoud G, Cartier S. [Clitoridal reconstruction after female circumcision]. *Ann Chir Plast Esthet* 2011;56:74-9.

RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>).

Smith H, Stein K. Surgical or medical interventions for female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;136 Suppl 1:43-46.

Vital M, de Visme S, Hanf M, Philippe HJ, Winer N, Wylomanski S. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;202:71-4.

Hoofdstuk 7 Wetgeving in Nederland betreffende vrouwelijke genitale verminking

Uitgangsvragen:

- 7.1 Wat is de wet- en regelgeving in Nederland betreffende VGV?
- 7.2 Wat is de rol van zorgverleners en wat is de rol van patiënten als het gaat om de regelgeving bij VGV?
- 7.3 Wat is de regelgeving in Nederland omtrent VGV bij minderjarigen?

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de juridische aspecten en de wetgeving in Nederland omtrent het onderwerp VGV.

Samenvatting van de literatuur

Gezien het onderwerp van deze uitgangsvragen heeft de werkgroep besloten geen systemische literatuuranalyse te verrichten om deze uitgangsvragen te beantwoorden.

Overwegingen

7.1 Juridische aspecten en regelgeving in Nederland

VGV en mensenrechten

VGV wordt internationaal erkend als een ernstige schending van kinder-, vrouwen- en mensenrechten. Meerdere principes van de mensenrechten worden geschonden bij VGV zoals schending van het recht op fysieke en mentale integriteit; het recht op vrijwaring van discriminatie, marteling, wrede, onmenselijke of denigrerende behandeling of straf en het recht op leven (aangezien de procedure van VGV tot de dood kan leiden). Er zijn speciale kinderrechten en rechten voor beschermde groepen (vrouwen, kinderen, inheemse volken en minderheden). Aangezien VGV leidt tot beschadiging van de genitalia zonder medische noodzaak en het kan leiden tot ernstige consequenties voor de fysieke en mentale gezondheid van vrouwen schendt VGV ook het recht op de hoogst mogelijke standaard van gezondheid(szorg) (WHO, 2016).

Strafbaarheid

VGV is in Nederland strafbaar als vorm van kindermishandeling en huiselijk geweld (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,-. Als ouders de besnijdenis zelf uitvoeren bij hun eigen dochter of bij 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 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 kunnen doen op een verblijfsvergunning 'Asiel voor bepaalde tijd'. Zie artikel 3.2 en artikel 3.3 van de Vreemdelingen-circulaire 2000 voor de meest recente informatie hierover van de IND. Via de zoekterm 'genitale verminking' kan de informatie worden gevonden.

Vanaf januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de aanpak van kindermishandeling en VGV (Transitie jeugdzorg - Jeugdwet). De Nederlandse ketenaanpak bestaat uit een combinatie van preventie, zorg en wetshandhaving. Gemeenten kunnen een actieve rol innemen in het toezien op deze ketensamenwerking. Zij zijn er ook verantwoordelijk voor dat het basispakket JGZ beschikbaar is en actief wordt aangeboden aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar (Wet publieke gezondheid). De GGD is de aangewezen partij om preventie en zorg rondom VGV in gemeenten te coördineren.

7.2 Rol zorgverleners/patiënten

Meldcode

Sinds 1 juli 2013 zijn organisaties en zelfstandigen verplicht een meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld te hebben. Iedere meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld behoort een Stappenplan te bevatten. Hulpverleners zijn wettelijk verplicht de stappen van de meldcode te doorlopen bij vermoedens van huiselijk geweld en/of kindermishandeling en zo zelf te bepalen of men wel of niet meldt bij Veilig Thuis.

Vanaf 1 januari 2019 moet zo'n Stappenplan ook een afwegingskader bevatten. Het afwegingskader maakt deel uit van Stap 5 van het Stappenplan van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.

Dit afwegingskader beschrijft op basis van welke overwegingen de arts/hulpverlener tot de conclusie kan komen dat een situatie of vermoeden van kindermishandeling en/of huiselijk geweld dermate ernstig is dat een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk is.

Gevallen van acute en/of structurele onveiligheid zijn dermate ernstig, dat een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk is.

Dreigende VGV of uitgevoerde VGV wordt beoordeeld als een acute onveiligheid.

Het melden van een dreigende VGV of uitgevoerde VGV is vanaf 1 januari 2019 de professionele norm.

De meldcode helpt professionals, bijvoorbeeld huisartsen, leerkrachten en medewerkers van jeugdinstituten 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 thuissfeer vroegtijdig signaleren, passende hulp organiseren en zo nodig melden. Voor iedere professional geldt bij een vermoeden van een dreigende of uitgevoerde vrouwelijke genitale verminking dat hij of zij moet handelen volgens het stappenplan behorende bij de eigen meldcode. Bij specifieke vormen van geweld die onder eengerelateerd geweld vallen zoals VGV, huwelijksdwang, seksueel en ander eengerelateerd geweld worden de stappen nader ingekleurd omdat een andere aanpak nodig kan zijn. Movisie heeft hiervoor de factsheet eengerelateerd geweld ontwikkeld. Movisie is hét landelijk kennisinstituut voor een samenhangende aanpak van sociale vraagstukken (www.movisie.nl).

Voor medewerkers in de zorg en in de juridische keten (Veilig Thuis, OM, RvdK, politie) is er het handelingsprotocol VGV voor minderjarigen. Het beschrijft hoe te handelen bij het vermoeden of kennis van een dreigende of uitgevoerde VGV (Pharos, 2016).

Tuchtrecht

Zorgverleners die een vrouwelijke genitale verminking hebben uitgevoerd of hieraan medewerking hebben verleend kunnen juridisch vervolgd worden op grond van het medisch tuchtrecht.

Op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) kan het handelen van zorgverleners die een besnijdenis hebben uitgevoerd of hieraan medewerking hebben verleend worden voorgelegd aan een tuchtcollege voor toetsing aan de tuchtnormen. Naast tuchtrechtelijke maatregelen kent de Wet BIG ook strafbepalingen.

Het toebrengen van schade aan iemands gezondheid (zonder medische noodzaak) kan leiden tot hechtenis, een geldboete of uitzetting uit het beroep.

Daarnaast bevat het Wetboek van Strafrecht mogelijkheden om zorgverleners strafrechtelijk te vervolgen indien zij schuldig zijn aan het uitvoeren van een besnijdenis, of hieraan hun medewerking hebben verleend (artikel 436 lid 2 WvSr). In het bulletin Vrouwelijke genitale verminking (2010) heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd de relevante wetgeving en veldnormen ten aanzien van VGV bijeengebracht. Hierin staat dat zorgverleners niet mogen meewerken aan het uitvoeren van VGV en re-infibulatie, noch bij minderjarigen noch bij volwassenen.

Asiel

Een meisje dat in haar land van herkomst risico loopt op besnijdenis kan, onder omstandigheden, in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd (op grond van artikel 29 lid 1 onder b van de Vreemdelingenwet 2000). Als een meisje in haar land van herkomst risico loopt op besnijdenis kan er sprake zijn van een reëel risico van schending van artikel 3 van het Europees Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM).

Dit geldt ook voor in Nederland geboren meisjes die bij terugkeer naar het land van herkomst van de ouders het risico lopen besneden te worden.

Indien het meisje in aanmerking wil komen voor bovengenoemde verblijfsvergunning zal zij moeten aantonen dat:

- er een risico bestaat op vrouwelijke genitale verminking;
- de autoriteiten van het land van herkomst geen bescherming kunnen of willen bieden aan personen die zich verzetten tegen een dreigende besnijdenis;
- er geen vestigingsalternatief in het land van herkomst aanwezig wordt geacht.

Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten van vrouwelijke genitale verminking.

Verklaring

Zorgprofessionals worden met regelmaat gevraagd om in het kader van de asielprocedure een verklaring te schrijven met hierin de VGV-status van de vrouw. Er zijn geen officiële richtlijnen of vereisten aan de expertise van de medische professional. Daarbij is er twijfel of alle vormen van VGV goed waarneembaar zijn voor professionals die geen specifieke kennis hebben over VGV en is er twijfel over de aanwezige kennis bij de betrokken zorgprofessional over het gebruik en doel van een dergelijke verklaring. Belastend lichamelijk onderzoek van (jonge) vrouwen zonder medisch doel maar slechts om een verklaring in het kader van een procedure af te kunnen leggen, zou als een onnodige en intimiderende handeling jegens de betrokken vrouw kunnen worden beschouwd. Zorgprofessionals worden in het algemeen geadviseerd terughoudend te zijn met het verrichten van dergelijk onderzoek en het afleggen van dergelijke verklaringen. Pharos adviseert betrokken vrouwen wel om contact op te nemen met het iMMO, indien gevraagd wordt om een dergelijke verklaring. iMMO levert een bijdrage aan de bescherming van mensenrechten, in het bijzonder door het uitvoeren van onderzoeken van vermoede slachtoffers van marteling en inhumane behandeling en de overdracht van expertise daarover. Dit alles in het bijzonder in de context van een asielprocedure. (www.stichtingimmo.nl). Daar werkt onder andere een ter zake kundige gynaecoloog. Indien een vrouw al eerder bij een zorgverlener is geweest en de VGV-status in het dossier is vastgelegd, kan de vrouw ook een kopie van haar dossier opvragen en dit gebruiken voor haar procedure. Ook hierbij moet prudent met de betreffende gegevens worden omgegaan in verband met bovenstaande overwegingen.

7.3 Minderjarigen

Kinderbeschermingsmaatregelen

In de Jeugdwet wordt kindermishandeling omschreven als 'elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard die ouders, of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel' (artikel 1.1 Jeugdwet). Vrouwelijke genitale verminking valt hier ook onder.

De Nederlandse wet biedt mogelijkheden om voortijdig in te grijpen. Een dreiging van vrouwelijke genitale verminking kan namelijk een overweging zijn voor de kinderrechter het meisje onder toezicht te stellen (artikel 1:255 lid 1 sub aBW). De kinderrechter kan bij een dreiging van vrouwelijke genitale verminking in het uiterste geval ook besluiten tot het opleggen van een zwaardere kinderschermingsmaatregel zoals een uithuisplaatsing (artikel 1:265b BW).

Aanbevelingen

Zorgverleners dienen op de hoogte te zijn van de strafbaarheid van VGV omdat dit een ernstige vorm van kindermishandeling is.

Zorgverleners mogen onder geen enkele omstandigheid meewerken aan VGV of re-infibulatie.

Gebruik van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld is verplicht bij het vermoeden van dreigende of recent uitgevoerde VGV bij minderjarigen. Dit houdt o.a. in dat de zorgverlener advies vraagt aan Veilig Thuis. Dit leidt, als er sprake is van een redelijk vermoeden van een reëel risico op VGV, tot het in ontvangst nemen van de melding door Veilig Thuis.

Literatuur

IGZ 2010, Bulletin Vrouwelijke Genitale Verminking (file:///C:/Users/user/Downloads/IGZ-Bulletin_Vrouwelijke_genitale_verminking_-_pdf)

KNMG, Advies-Richtlijn kindermishandeling en huiselijk geweld, (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-5.htm>)

KNMG, Advies Richtlijn vrouwelijke genitale verminking, (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/vrouwelijke-genitale-verminking.htm>)

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport 2016, Basismodel Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, (<file:///C:/Users/user/Downloads/Basismodel+meldcode.pdf>)

RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management, (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)

Wetboek van Strafrecht & Wetboek van Strafvordering: artikel 1.1 Jeugdwet; artikel 1:255 lid 1 sub aB; artikel artikel 1:265b BW; artikel 29 lid 1 onder b van de Vreemdelingenwet 2000; artikel 436 lid 2 Sr

Hoofdstuk 8 Organisatie van zorg

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de implicaties van de aanbevelingen uit de afzonderlijke hoofdstukken besproken en worden deze in een breder kader geplaatst. De gevolgen van de aanbevelingen voor de zorg voor vrouwen na VGV worden besproken.

Preventieve zorg

In de diverse ketens van de verloskundige- en jeugdgezondheidszorg wordt aandacht besteed aan preventie bij meisjes waarvan één of beide ouders uit een risicoland komen (zie hoofdstuk 2 achtergrondinformatie).

Verloskundigen

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft de preventie van VGV en het toeleiden naar en bieden van zorg aan besneden vrouwen ook actief opgepakt. Zij hebben een netwerk van VGV-adviseurs getraind. Deze adviseurs zijn beschikbaar voor vragen over VGV van collega's. Ook verzorgen zij (bij)scholing aan verloskundigen en aan kraamverzorgenden. Verloskundigen hebben hun werkwijze en standpunt verwoord in het KNOV-Standpunt 'Vrouwelijke genitale verminking' (bijlage 6). Hierbij aansluitend hebben zij een e-learning ontwikkeld (<https://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/570-2/vrouwelijke-genitale-verminking-vgv/hoofdstuk/873/vrouwelijke-genitale-verminking-vgv/>).

Jeugdgezondheidszorg

De JGZ werkt al jarenlang actief aan de preventie van VGV. Sinds 2010 is beleid verwoord en uitgewerkt in het standpunt 'Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg'. De JGZ is getraind om een risicotaxatie te maken van dreigende VGV; het gesprek aan te gaan met ouders en daarbij voorlichting te geven over de medische risico's en strafbaarheid en om de ouders ervan te overtuigen af te zien van VGV.

Bij de JGZ zijn aandachtsfunctionarissen VGV getraind. Zij hebben meer kennis over VGV, de signalering daarvan alsmede over de gespreksvoering. Zij dienen als vraagbaak en hebben een taak in het verspreiden van kennis onder hun collega's.

De aandachtsfunctionarissen krijgen jaarlijks een scholing aangeboden door Pharos. Er is een e-learning beschikbaar voor alle JGZ medewerkers (<http://vgv.ggd.nl/>).

De JGZ heeft direct na de geboorte een centrale rol in de preventie van VGV. Vanuit het Basispakket JGZ zijn er geplande contactmomenten: huisbezoek na de geboorte, op de consultatiebureaus en de scholen. Hierbij is zij bij uitstek in de gelegenheid om het gesprek aan te gaan met ouders uit risicolanden. Door vroegtijdig in contact te treden met kinderen en hun ouders kunnen zij ouders wijzen op de ernst van deze ingreep en de gevolgen, zowel de lichamelijke als de psychische gevolgen.

JGZ-professionals dienen allereerst alert te zijn op de risicokenmerken van VGV. Hiervoor kunnen zij gebruik maken van risico-inventarisatie (uit: Standpunt Preventie VGV door de JGZ, 2010). Het risico neemt toe met het aantal geconstateerde risicofactoren. Na consultatie van de aandachtfunctionaris VGV, bij twijfelachtig risico, reëel risico of bij vermoeden van VGV dient advies gevraagd te worden aan of een melding gedaan te worden bij Veilig Thuis volgens de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

Wanneer JGZ-professionals een risico op VGV signaleren kunnen zij een verklaring (in verschillende talen) aan de ouders meegeven indien zij het idee hebben dat ouders door de familie of gemeenschap onder druk worden gezet om hun dochter te laten besnijden (<https://www.pharos.nl/infosheets/meisjesbesnijdenis-preventiematerialen/>). Dit is de Verklaring tegen meisjesbesnijdenis die in maart 2011 door de Nederlandse ministeries, migrantenorganisaties en GGD Nederland in gezamenlijkheid is gepresenteerd. Verschillende beroepsorganisaties hebben deze verklaring ondertekend. Als ouders onder druk worden gezet kunnen ze met dit document laten zien dat de ingreep in Nederland bij wet verboden is.

Behandeling en begeleiding

Er kan gebruikgemaakt worden van sleutelpersonen. Dit zijn personen die kunnen dienen als tolk, intermediair, voorlichter en begeleider. Ze zijn altijd afkomstig uit de risicolanden en kennen de cultuur, de taal, achtergrondinformatie over het land van herkomst.

De sleutelpersonen zijn getraind om het gesprek met vrouwen uit risicolanden aan te gaan en voorlichting te geven, zijn goed op de hoogte van de mogelijkheden in hun eigen regio en kunnen voor een adequate verwijzing zorgen en vrouwen eventueel ook begeleiden bij hun bezoeken aan zorgverleners. Zorgverleners kunnen ook zelf een beroep doen op de sleutelpersonen om vrouwen te begeleiden (zie ook [Pharos](#) en [FSAN](#)).

Laagdrempelige VGV nazorg spreekuren

Vanaf 2012 is met financiering van VWS onder projectleiding van GGD GHOR (<https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/kennisdelingsprogramma-gezondheid-statushouders/nieuws/9843-folder-over-spreekuren-vgv-geactualiseerd>) op meerdere locaties in Nederland een spreekuur 'zorg voor besneden vrouwen' georganiseerd. Met voorlichting en huisbezoeken door sleutelpersonen zijn vrouwen uit risicolanden geïnformeerd over het bestaan van het spreekuur. Bij klachten kunnen ze naar deze spreekuren begeleid worden. Ook is op elke locatie gewerkt aan het bekend maken van het spreekuur onder zorgprofessionals (<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/focal-point-meisjesbesnijdenis/spreekuren>).

Herkenning van symptomen en de relatie met een status na VGV

Door de lage frequentie van voorkomen van VGV in Nederland kunnen weinig zorgverleners ruime ervaring opdoen in het begeleiden van vrouwen met klachten na VGV.

Bij verwijzing (huisarts) van vrouwen met een vorm van VGV met klachten/symptomen gerelateerd aan VGV worden zij bij voorkeur verwezen naar een zorgverlener met ervaring op het gebied van behandeling van vrouwen met VGV voor een consult. Hiertoe kan een zorgverlener informatie opvragen bij Pharos die over een uitgebreide sociale kaart beschikt

(<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/focal-point-meisjesbesnijdenis/sociale-kaart>).

Verwijzing voor de behandeling / begeleiding van vrouwen met een status na VGV verloopt in principe via een eerstelijns zorgverlener. Zelfverwijzing naar de zorgverlener, eventueel via sleutelpersonen, moet mogelijk gemaakt worden voor vrouwen die grote bezwaren hebben om via de eerste lijn verwezen te worden.

De zorgverlener moet aan alle vrouwen afkomstig uit landen waar VGV wordt geïmplementeerd navragen of VGV bij hen heeft plaatsgevonden. Zo nodig wordt hierbij een professionele tolk of sleutelpersoon ingeschakeld.

Vrouwen met status na VGV dienen gecounseld te worden over de mogelijkheid tot een de- infibulatie. Op verzoek van de vrouw kan de mogelijkheid tot reconstructie worden besproken.

Reconstructie dient plaats te vinden in een multidisciplinair expertisecentrum zodat follow-up plaats kan vinden. Deze gegevens moeten gebruikt worden voor het vergaren van kennis op het gebied van reconstructie bij deze doelgroep.

Verloskundige zorg

Met betrekking tot de zorg voor zwangeren met een status na VGV wordt binnen het VSV een zorgpad gehanteerd, waarin vastgelegd is hoe de zorg georganiseerd is voor deze zwangere. Voor een voorbeeld zie bijlage 4.

Literatuur

Standpunt Preventie VGV door de JGZ:

http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2010/november/Standpunt_Preventie_van_Vrouwelijke_Genitale_Verminking_VGV_door_de_Jeugdgezondheidszorg

Verklaring tegen meisjes besnijdenis:

<http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/protocollen-en-materialen/preventiematerialen/verklaring-meisjesbesnijdenis>

Implementatie van de leidraad

Ten einde de leidraad binnen de verschillende beroepsgroepen te implementeren zal publicatie van de leidraad op de websites van de organisaties die zorg verlenen aan vrouwen met een VGV plaatsvinden. De leden van de deelnemende zorgverlenende organisaties die participeerden in de opzet van deze leidraad zullen hun leden ook individueel op de hoogte brengen van het standpunt door een mailing of andere methoden van communicatie.

Gezien de aard van het onderwerp zal deze leidraad worden toegezonden aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Jeugdgezondheidsorganisatie en Veilig Thuis.

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), standpunten, modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliteit@nvog.nl).

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: focusgroepverslag patiënten

In totaal zijn er twee focusgroepen gehouden, dit had als voornaamste reden om een demografische spreiding te hebben die alle landen/gebieden beslaat waar vrouwenbesnijdenis plaatsvindt. Na de eerste focusgroepbijeenkomst was het West-Afrikaanse deelgebied belicht.

Focusgroep verslag 1 d.d. 11-12-2015:

Verslag werksessie met sleutelpersonen

Aanwezig: 11 sleutelpersonen. 1 Ethiopië, 1 Soedan (man), 1 Egypte, 8 Somalië.

Onder begeleiding van Z. Naleie (FSAN) en D. Geraci (Pharos)

Auteur verslag: D.Geraci (Pharos)

De sleutelpersonen hebben met ons gedeeld welke knelpunten in de zorg aan besneden vrouwen zij signaleren. Zij baseren zich op de contacten die zij hebben met de doelgroep als sleutelpersoon.

Knelpunten

1. Contact/ communicatie tussen zorgverlener en patiënte

- Vrouwen voelen zich vaak niet gehoord en serieus genomen met hun klachten, vooral door de huisarts.

Ze komen meerdere keren met dezelfde klachten, maar voelen zich niet geholpen.

Welke klachten zien jullie bij vrouwen?

Veel infecties; menstruatieklachten; bulten; fistels; verharde littekens, waar soms ook pus en stank uitkomt; pijn; incontinentie; verzakking van blaas en baarmoeder; onvruchtbaarheid/kinderwens; pijn bij plassen; psychische klachten. Vrouwen weten niet altijd welke klachten samenhangen met VGV.

- Veel vrouwen ervaren een taalbarrière.
- Veel vrouwen kunnen zich niet goed verwoorden. Soms kennen ze zelf niet goed het verband tussen hun klachten en VGV. De huisarts moet extra doorvragen bij deze vrouwen en investeren in vraagverheldering. Vrouwen hebben aanmoediging nodig om te praten over hun klachten.

Naast inzet vanuit professionals kunnen ook sleutelpersonen hier een rol in hebben. Zij kunnen vrouwen stimuleren/ondersteunen/versterken in het verwoorden van hun klachten richting zorgprofessionals. Sleutelpersonen kunnen vrouwen leren hoe zich goed voor te bereiden op een bezoek aan de huisarts of specialist. *“Vrouwen moeten weten dat de huisarts je alleen helpt met datgene waar je om vraagt.”*

- De huisarts heeft doorgaans 10 minuten voor een consult. Hij verwacht dat een vrouw zelf kan uitleggen wat de klachten zijn. Vrouwen ervaren vaak schaamte om hun klachten te

bespreken. Zij hebben extra stimulans nodig. Een consult van 10 minuten is hier niet toereikend voor.

- De doktersassistent /POH wil bij het maken van een afspraak zo precies mogelijk weten waarvoor men een afspraak wil. Vrouwen voelen zich geremd om dit te vertellen. Ook als de vrouwen aangeven dat ze een afspraak willen over vrouwen klachten, blijft de doktersassistent doorvragen. Die directe benadering werpt een barrière op.
- (Huis)artsen moeten meer cultureel sensitief zijn in hun communicatie met vrouwen, meer invoelend voor hun schaamte en de moeite die veel vrouwen ervaren om over hun klachten en besnijdenis te praten.
- Artsen en verpleegkundigen moeten rekeninghouden met de (cultuur)achtergrond van hun patiënten. *“Als je in je praktijk 25 vrouwen uit Somalië hebt, neem dan de tijd om wat te lezen of na te vragen over Somalië.”*

2. Organisatie van zorg

- Huisartsen zijn heel terughoudend met doorverwijzen. Zelfs na meerdere bezoeken aan de huisarts met dezelfde klachten (bijv. urineweginfecties) wordt er nog steeds niet doorverwezen.
- Sleutelpersonen zien met regelmaat dat het hebben van psychische/psychiatrische klachten ook een verhoogd risico voor VGV met zich meebrengt. Wanneer de moeder psychisch minder weerbaar is en de vader is bijvoorbeeld voor besnijdenis van zijn dochter, dan leidt dit tot een verhoogd risico op VGV. Neem psychische problemen serieus en kijk of er interdisciplinair meer samengewerkt kan worden.
- De GGZ kent vaak lange wachttijden.
- Het verschil tussen eigen bijdrage en eigen risico is niet voor iedereen duidelijk. Wat wel duidelijk is, is dat beide een belemmering op werpen om zorg 'af te nemen'.
“Houd er bij een verwijzing naar een seksuoloog rekening mee dat een 20-jarige vrouw dit niet zelf kan betalen. In plaats van haar naar een privé seksuoloog door te verwijzen, kun je haar beter verwijzen naar een Sense seksuoloog. Dat scheelt enorm in de kosten.”
- Er is weinig communicatie tussen disciplines, bijv. huisarts en verloskundige en/of psycholoog.
- Artsen kunnen beter gebruikmaken van sleutelpersonen. Zie hen als partners in een zorgketen en zet daar ook een gepaste vergoeding tegenover.
- Een sleutelpersoon die ook voor een GGD werkt signaleert dat veel nieuwkomers geen huisarts hebben. Zij krijgen van de huisartspraktijken in de gemeenten te horen dat ze vol zitten. Sleutelpersonen vermoeden dat huisartsen de communicatie met nieuwkomers te ingewikkeld en tijdrovend vinden en daarom zeggen dat ze vol zitten.
- Er is sprake van ongelijke verdeling in kennis en specifieke zorg aan besneden vrouwen in Nederland. Sommige regio's zijn 'vergeten'. Daar wonen bijvoorbeeld veel Somaliërs, maar hier is weinig specifieke aandacht voor. Als vrouw met VGV lijkt het uit te maken waar je woont, welke zorg je ontvangt en of professionals wel/niet goed op de hoogte zijn van VGV.

- Er zouden in Nederland ook specifieke klinieken moeten zijn voor vrouwen met VGV, net als in Engeland en nu ook in België. Hier werkt een multidisciplinair team samen in de zorg aan besneden vrouwen.

3. Kwaliteit van zorg

- Het komt regelmatig voor dat de huisarts de link niet legt tussen de klachten waarmee een vrouw naar de huisarts komt en VGV. Daardoor verwijst hij waarschijnlijk ook niet door.
- Sleutelpersonen hebben het idee dat met name huisartsen weinig kennis hebben rondom VGV.
- De voorlichting, voorbereiding en begeleiding op de bevalling door verloskundigen en gynaecologen kan beter. Vrouwen voelen zich vaak angstig voor de invloed die de besnijdenis zal hebben op de bevalling. Vrouwen ontvangen slechte voorlichting rondom complicaties in de zwangerschap en na de bevalling als gevolg van hun VGV.
- Na de bevalling mogen vrouwen met type 3 in Nederland niet opnieuw 'dichtgenaaid' worden. Op hun verzoek krijgen ze te horen: 'Nee, dat mag hier niet in Nederland.' Hier is meer begeleiding bij nodig. Vrouwen voelen zich open, vinden zichzelf lelijk, zijn bang dat ze hierdoor hun man verliezen. Voornamelijk vrouwen uit Soedan kiezen er dan voor om (voor een volgende bevalling) af te reizen naar Soedan, zodat zij na de bevalling of na scheiding wel dichtgenaaid worden. Voor deze vrouwen, met de wens om 'dichtgenaaid' te worden is, meer (psychosociale) begeleiding nodig dan alleen de mededeling: "dat mag hier niet".
- Sleutelpersonen spreken over onduidelijkheid/tegenstrijdige berichten bij verloskundigen en gynaecologen over hoever gehecht mag worden en hoe(ver) er geknipt wordt.
- Veel vrouwen kennen hun eigen lichaam niet of slecht. Ze weten niet hoe een lichaam anatomisch in elkaar zit. Pas je voorlichting en zorg aan op deze vrouwen. Zorg dat er voorlichtingsmaterialen zijn die geschikt zijn voor vrouwen die geen weet hebben van hoe normale genitaliën eruit zien en wat er dan bij hen is gedaan/ wat er mist. Ze weten soms ook niet welke type besnijdenis ze hebben ondergaan. Ze spreken bijvoorbeeld over Sunna maar blijken dan bij doorvragen/onderzoek geïnfibuleerd te zijn. Stimuleer hen bijvoorbeeld in een spiegel te kijken. Maar dan nog weten ze niet hoe een onbesneden vagina eruit ziet.
- Sleutelpersonen komen regelmatig in contact met medische professionals die nog nooit van VGV hebben gehoord of hier weinig over weten. Het maakt duidelijk nog geen structureel onderdeel uit van de opleiding. Of er is weinig verdieping in. Dit moet veranderen. Er moet aandacht zijn voor herhaaldelijke trainingen en scholing over VGV bij zorgprofessionals. Denk ook aan nieuwe medewerkers bij de JGZ en Vertrouwensartsen.
- Alle partners die betrokken zijn bij nieuwkomers in Nederland moeten getraind worden in VGV: Vluchtelingenwerk Nederland, Maatschappelijk werk, COA, JGZ, GZA, huisartsen, verloskundigen. In de training moeten ze horen wat VGV is en welke klachten vrouwen hier van kunnen hebben en waar ze dan naar toe kunnen.
- In ogen van sleutelpersonen heeft VGV per definitie een link met psychosociale klachten. Artsen moeten hierop alert zijn en samenwerken met de GGZ. Tegelijkertijd leeft er nog altijd

een taboe op psychische klachten. Lange tijd was er niets tussen gek en gezondheid. Dit vraagt tijd en inzet om vrouwen zover te krijgen ook psychische ondersteuning te accepteren. Denk aan laagdrempelige preventieve activiteiten vanuit de GGZ. Sleutelpersonen kunnen ook een rol hebben in de voorlichting over psychische gezondheidszorg en het doorbreken van dit taboe. Er is veel misinformatie en wantrouwen: bijvoorbeeld als je naar de GGZ gaat, ben je gek of worden je kinderen afgepakt.

- Sommige problemen kunnen niet opgelost worden met medicijnen en een mes. Vooral verloskundigen/gynaecologen en psychologen moeten beter samen werken.

Overweeg als zorgprofessional de samenwerking met sleutelpersonen. Zij kunnen partner/schakel zijn in de zorg voor patiënten. Je kan de doelgroep beter bereiken via sleutelpersonen.

Focusgroep verslag 2 d.d. 30-10-2016:

Verslag werksessie met West-Afrikaanse vrouwen

Aanwezig aantal vrouwen uit de volgende West-Afrikaanse landen: 1 Sierra Leone, 1 Burkina Faso, 2 Ghana, 1 Guinee, 1 Benin en 1 Nigeria.

Onder begeleiding van Z. Naleie (FSAN) en D. Geraci (Pharos)

Verslaglegging door D. Cosijnse (Pharos)

De West-Afrikaanse vrouwen hebben met ons gedeeld welke knelpunten zij signaleren met betrekking tot zorg voor VGV.

Knelpunten

1. Contact / communicatie tussen arts en patiënte

- De vrouwen voelen zich niet altijd serieus genomen met hun klachten. *“They always tell us to just take paracetamol and they don’t give us good care. And then when I come home I just stop seeking for care”*. Eén van de vrouwen legde uit dat de gezondheidszorg in Nederland anders werkt, en dat artsen hier meer geloven in het immuunsysteem dan in medicijngebruik.
- Veel van de vrouwen ervaren een taalbarrière. Omdat een deel van de vrouwen uit deze focusgroep uit Engelstalige landen komt, kan de taalbarrière soms wel worden overwonnen.
- De huisarts moet meer begrip tonen voor de schaamte van vrouwen met VGV en de moeite die zij ervaren met het van hun klachten. Bij een mannelijke dokter zijn de gevoelens van schaamte meestal nog groter. Voor andere vrouwen maakt het niet uit of de dokter een man of vrouw is, zolang hij of zij maar goede zorg biedt.
- Huisartsen nemen onvoldoende de tijd. Ze hebben vaak maar 10 minuten per sessie, wat voor de vrouwen te kort is om hun klachten rustig te kunnen bespreken. Ze voelen zich opgejaagd (*“I feel bad, because they push me out, they only take a little bit of time”*). Eén van de vrouwen adviseerde de anderen om een dubbele afspraak in te plannen bij de huisarts.

- Soms vraagt de doktersassistente (via de telefoon) al naar de klachten, en wil ze al heel specifiek weten wat er speelt voor ze de afspraak in kan plannen. De vrouwen ervaren dit als vervelend, omdat ze zich niet goed weten uit te drukken en omdat de klachten vaak gevoelig liggen. Ze bespreken dit liever direct met de arts.
- Met betrekking tot de aanwezigheid van anderen bij onderzoek of behandeling liepen de meningen uiteen. Enkele vrouwen gaven aan dat ze het fijn vinden als er studenten bijwaren, zodat zij dit kunnen gebruiken als een leerervaring. Anderen voelden zich opgelaten en beschaamd, en ervoeren dit als onprettig. De vrouwen waren het er over eens dat de arts altijd eerst dient te vragen of een ander/student bij het gesprek mag zijn.

2. Organisatie van de zorg

- De vrouwen weten weinig over hersteloperaties. Ze zouden hier graag meer over willen horen of lezen.
- Sommige vrouwen weten maar weinig over de impact van VGV. Zij kennen de symptomen van VGV niet en leggen daarom geen link tussen de VGV en hun klachten. Sommigen zouden hier meer over willen weten. Een overvloed aan informatie kan er volgens de vrouwen ook toe leiden dat vrouwen die tot dan toe geen last ervoeren van de VGV te veel aan het denken worden gezet door het lezen over alle (mogelijke) negatieve consequenties en klachten. Niet iedere vorm van VGV is hetzelfde, en ook niet alle effecten zijn hetzelfde.

3. Kwaliteit van de zorg (medisch-inhoudelijk)

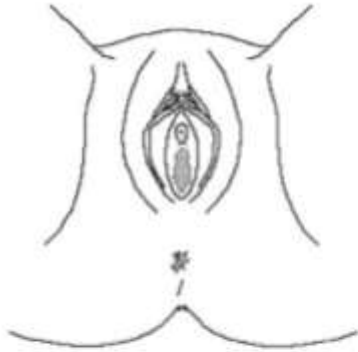
- De huisarts weet te weinig van de cultuur van VGV; *“they don’t know FGM culture. They can’t help what they don’t know”*. Soms zeggen de artsen bijvoorbeeld alleen maar dat VGV niet goed is, zonder uit te leggen waarom. Dit kan zowel verwarrend als moeilijk zijn voor de besneden vrouw, omdat zij juist heeft geleerd van haar ouders/familie dat VGV wél goed/belangrijk is.
- De huisarts bespreekt VGV vaak niet of onvoldoende: *“If the huisarts cannot bring it up, they can’t treat it”*. Door gevoelens van schaamte brengen de vrouwen het onderwerp zelf ook niet altijd in. De huisarts moet volgens de vrouwen altijd vragen naar VGV, net zoals hij altijd vraagt naar astma of migraine. Als de arts dit niet doet, zal de vrouw moeten proberen om over haar schaamte heen te stappen, om de arts in staat te stellen om haar goed te behandelen. Als de arts weet van jouw VGV zal hij jouw klachten kunnen linken aan de VGV, en je beter kunnen helpen.
- De vrouwen vinden het belangrijk dat VGV in de opleiding van medici aan bod komt.
- De vrouwen kennen de grenzen aan de zorg van de huisarts niet goed. Het is voor hen onduidelijk wat je met een huisarts kunt bespreken, en op welke fronten de huisarts zorg kan bieden.
- Enkele vrouwen geven aan dat er meer psychologische zorg nodig is, bijvoorbeeld in de vorm van therapie. *“If you think about it, or if you see blood somewhere, your mind always goes back to that moment, to the pain”*. De vrouwen geven nadrukkelijk aan dat zij het vooral nodig hebben om over de VGV te praten, maar dat ze zelf te verlegen en/of beschaamd zijn om erover te beginnen. In de cultuur in de landen van herkomst is praten over een thema als VGV of over psychische klachten

een taboe, en tevens een reden om voor 'gek' uitgemaakt te worden. *"We need to grow out of our African mentality, and into European mentality"*.

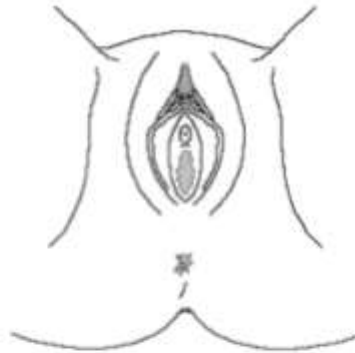
- Een bezoek aan de seksuoloog kan volgens de vrouwen belangrijk zijn als de klachten gerelateerd zijn aan seksualiteit. Veel vrouwen ervaren geen seksueel genot, maar dit betekent niet dat zij hier allemaal met een seksuoloog over moeten praten. Niet alle VGV is hetzelfde, en niet elke vrouw is hetzelfde. Bovendien is praten over seks een taboe. Bij de huisarts is de stap vaak te groot om te beginnen over seks en seksualiteit, waardoor de vrouwen ook niet snel met een seksuoloog in aanraking komen.
- Besneden vrouwen hebben extra zorg nodig tijdens de zwangerschap. Vooral sociale zorg, het bespreken van de pijn, alsmede informatie over wat hen te wachten staat bij de bevalling. Afrikaanse vrouwen praten en leren maar erg weinig over seksualiteit en het menselijk lichaam, en weten hier veel minder over dan Nederlanders die ook seksuele voorlichting op school krijgen. Ze willen beter geïnformeerd worden over de bevalling en eventuele complicaties.
- Het communiceren met de gynaecoloog of de verloskundige is makkelijker voor de vrouwen, zij vertrouwen hen eerder met persoonlijke informatie.
- De vrouwen weten dat 'hersluiten' na de bevalling in Nederland verboden is, maar zijn het hier niet allemaal mee eens. *"Some women feel too open and unhappy. Then it is better to stitch it back"*. Soms gaan Afrikaanse vrouwen volgens hen naar het land van herkomst en stoppen zij daar bepaalde kruiden/een bepaald middel naar binnen, wat ervoor zorgt dat de vagina samentrekt en weer strak wordt. De belangrijkste reden hiervoor is het genot van de man.

BIJLAGE 2: afbeeldingen van de type VGV

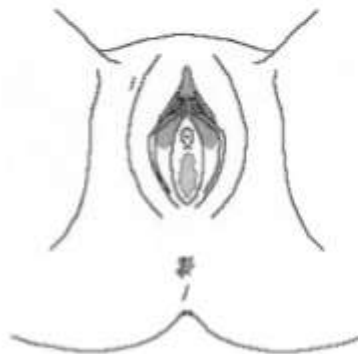
Hieronder afbeeldingen van de type VGV (type I, II, III volgens de WHO):



Normale vrouwelijke genitalia



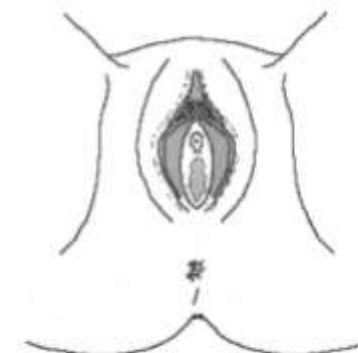
Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd
Type I



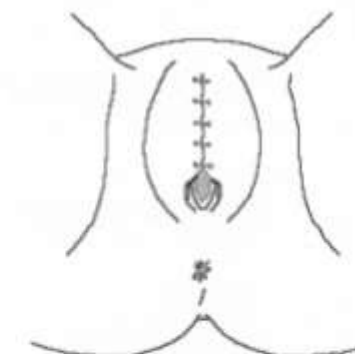
Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd
Type II



Type II - Na verwijdering en hechten



Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd
Type III



Type III - Na verwijdering en hechten

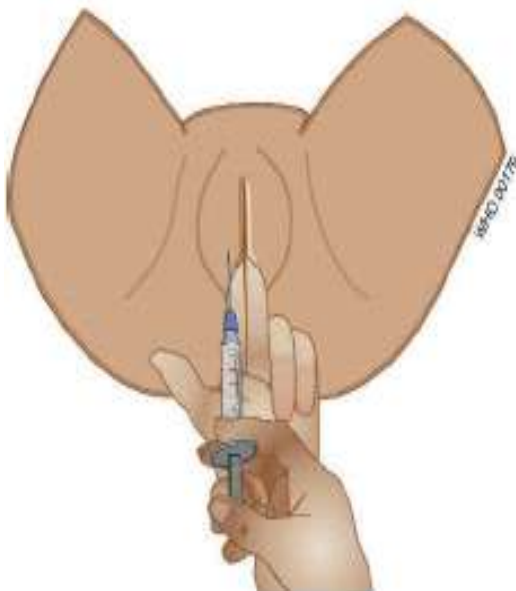
BIJLAGE 3: Techniek van de-infibulatie in de gynaecologische en verloskundige praktijk

De procedure van de-infibulatie in de zwangerschap of durante partu is dezelfde. De timing durante partu is afhankelijk van de mogelijkheid tot vaginaal toucher. Als dit niet mogelijk is dan wordt wanneer de vrouw goed in partu is de procedure uitgevoerd om ruimte te maken voor vaginaal toucher en eventuele blaaskatheterisatie. Wanneer vaginaal toucher wel mogelijk is, kan worden gewacht tot het insnijden van het caput alvorens het te openen gebied te infiltreren met lidocaïne 1%.

De Procedure

Wanneer de vrouw kiest voor de-infibulatie onder lokale verdoving gebeurt dit bij voorkeur in een goed geoutilleerde ruimte. Omdat mogelijk andere problemen onder het infibulatielitteken schuilgaan, heeft het ook de voorkeur dat spoedig een gynaecoloog of uroloog geraadpleegd kan worden.

De vrouw ligt in steensnede ligging op de onderzoeksbank of behandeltafel. Met een pincet of bij voorkeur (vochtige) vinger (zie voor afb. pincet en afb. (vochtige) vinger: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471769704000590?via%3Dihub>) wordt het littekenweefsel vrijgehouden van de introïtus vaginae en de meatus urethra. Aan beide zijden van dit littekenweefsel, of in het littekenweefsel, wordt geïnfilteerd (afb. 1.) met 1% lidocaïne. Vervolgens wordt met een episiotomie schaar (afb. 2.) waarbij de stompe kant onder het litteken wordt gebracht, het litteken geopend. In plaats van een episiotomieschaar kan een scalpeltje worden gebruikt.



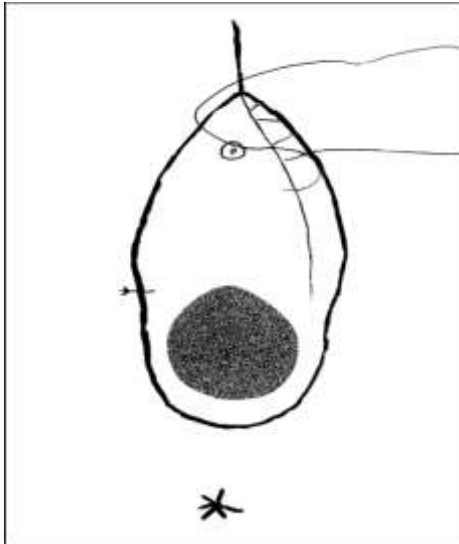
Afbeelding 1.
(Bron WHO)



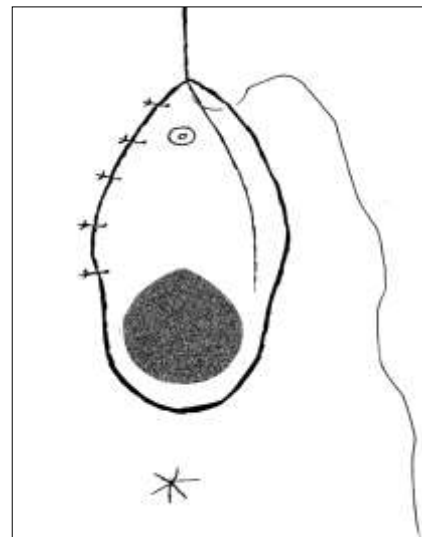
Afbeelding 2.
(Bron WHO)

Na het openen van het litteken moet worden voorkomen dat de wondranden terug aan elkaar groeien. Hiervoor kan gaas met vaseline tussen de wondranden worden gedragen. Echter een nadeel hiervan is dat de wondranden een aantal dagen pijnlijk blijven en mogelijk wordt het gaas niet vochtig genoeg gehouden waardoor dit in de wondranden ingroeit.

Bij voorkeur worden de wondranden afzonderlijk gehecht, dit kan zowel doorlopend (afb. 3.) als losgeknoopt (afb. 4.) en wordt boven de meatus urethra een klein stukje gesloten om te voorkomen dat mevrouw "sproeit" bij het plassen en kleding niet vervelend tegen het vestibulum schuurt.



Afbeelding 3.
(Bron KNOV)



Afbeelding 4.
(Bron KNOV)

Durante partu wordt dezelfde procedure gevolgd. Bij insnijden van het caput wordt het litteken geïnfilteerd met lidocaïne 1, vervolgens wordt een vinger tussen het litteken en het foetale caput geplaatst en met een episiotomieschaar of een scalpeltje het litteken gekliefd.

Zie voor relevante afbeeldingen:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471769704000590?via%3Dihub>

Nazorg

Na de-infibulatie is het van belang de vrouw goed in te lichten over de veranderingen wat betreft mictie: een veel groter straal, en menstruatie: veel meer bloed zichtbaar.

BIJLAGE 4: Voorbeeld Zorgpad Verloskunde

Weken	Datum	professional	zwangere
8		Echoscopiste: <input type="checkbox"/> Echo (termijn vanaf 8+6 of crl 20mm) Verloskundige: <input type="checkbox"/> Intakegesprek <input type="checkbox"/> PNS/PND info meegeven <input type="checkbox"/> Uitnodiging Oriëntatie-avond <input type="checkbox"/> Proef VT bespreken	<input type="checkbox"/> Mind 2 Care inlog meegeven <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Bloed prikken: zwangerschapsscreening <input type="checkbox"/> Indien gewenst: Info PNS/PND doorlezen www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl
8+6-11		Echoscopiste: <input type="checkbox"/> Termijnecho	<input type="checkbox"/> Aanmelden bij verzekering <input type="checkbox"/> Kraamzorg regelen <14wkn <input type="checkbox"/> Oriënteren en aanmelden zwangerschapscursus
10-11		Verloskundige of PNS/PND counselor: <input type="checkbox"/> Counselingsgesprek en bevestigen vitaliteit zws <input type="checkbox"/> Afspraak SEO /GUO maken	<input type="checkbox"/> Indien PNS gewenst: bloed prikken vanaf 11w (na termijnecho) voor screening
12-13		Echoscopiste: <input type="checkbox"/> indien gewenst: nekplooiemeting	
12-16 Op indicatie		Verloskundige: <input type="checkbox"/> Doptone	<input type="checkbox"/> Informatie-avond: leefstijlen
16		Verloskundige: <input type="checkbox"/> Controle + Mind 2 Care bespreken <input type="checkbox"/> Zwangerschapskaart <input type="checkbox"/> Zwangerschapsverklaring <input type="checkbox"/> Bloeduitslagen <input type="checkbox"/> Proef VT	
18-22		Echoscopiste: <input type="checkbox"/> SEO / GUO Gynaecoloog <input type="checkbox"/> Indien onvoldoende vaginale toegang defibulatie regelen	<input type="checkbox"/> 20 weken echo, folder gelezen? <input type="checkbox"/> Indien niet getrouwd: afspraak gemeentehuis voor erkenning van de ongeboren vrucht
24		Verloskundige: <input type="checkbox"/> Controle <input type="checkbox"/> 20 weken echo bespreken <input type="checkbox"/> Lab Rh pos: Hb en glucose Op indicatie: OGTT <input type="checkbox"/> Indien gewenst: Flyer BV-avond	<input type="checkbox"/> Bloed prikken Rh pos: Hb en glucose. Op indicatie: suikertest (OGTT) <input type="checkbox"/> Aanmelden borstvoedingscursus
24-28		Kraamzorgconsulente: <input type="checkbox"/> Huisbezoek	
27		Verloskundige: <input type="checkbox"/> Controle <input type="checkbox"/> Bloeduitslagen <input type="checkbox"/> Lab Rh neg: Hb, gluc, foetaal RhD en/of irr AS Op indicatie: OGTT <input type="checkbox"/> Folders: Voorbereiding op	<input type="checkbox"/> Bloed prikken Rh neg (27-28wkn): Hb, glucose, foetaal RhD en/of irr antistoffen . Op indicatie: suikertest (OGTT) <input type="checkbox"/> Nadenken over geboorteplan <input type="checkbox"/> Gekregen folders doorlezen

	bevalling en Pijnstilling	
	<input type="checkbox"/> Uitleg geboorteplan	
30	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	<input type="checkbox"/> Informatie avond
	<input type="checkbox"/> Bloeduitslagen	
	<input type="checkbox"/> Op indicatie: Anti-D toediening	
	<input type="checkbox"/> Combi-afspraak 36wkn plannen	
32	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	<input type="checkbox"/> Geboorteplan / wensen tav bevalling bespreken
	<input type="checkbox"/> Informatie geven over bevalling en belinstructies	
	<input type="checkbox"/> Bespreken geboorteplan	
34	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	<input type="checkbox"/> Kraampakket in huis?
	<input type="checkbox"/> Lab: Hb	<input type="checkbox"/> Bloed prikken: Hb
	<input type="checkbox"/> Verhuur klossen	
	<input type="checkbox"/> Op indicatie: MRSA pakket	
35-36	<i>Echoscopiste:</i>	
	<input type="checkbox"/> Echo ligging, biometrie en placentaallocalisatie (35-36 wkn)	<input type="checkbox"/> Klossen onder bed
		<input type="checkbox"/> Tas voor bevalling klaarzetten
	<i>Gynaecoloog:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
	<input type="checkbox"/> Bloeduitslagen	
37 Op indicatie	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
38	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
39	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
40	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
41	<i>Verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
41+3	<i>Arts-ass of klin. verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Controle	<input type="checkbox"/> hartfilmpje van de baby
	<input type="checkbox"/> CTG	
Overig	<i>Verpleegkundige of verloskundige:</i>	
	<input type="checkbox"/> Extra controle bij vragen of ongerustheid	

BIJLAGE 5: Zoekverantwoording Hoofdstuk 6 Reconstructie

Vrouwelijke genitale verminking of vrouwenbesnijdenis

Zoekopdracht Pubmed 05-08-2015:

"Circumcision, Female"[Mesh] OR fgm*[tiab] OR fgc*[tiab] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilation*[tiab] OR (female*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorrectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]

"Circumcision, Female"[Mesh] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilation*[tiab] OR female circumcis*[tiab] OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorrectom*[tiab] OR defibulati*[tiab])

NOT ("addresses"[Publication Type] OR "biography"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "directory"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "festschrift"[Publication Type] OR "interview"[Publication Type] OR "lectures"[Publication Type] OR "legal cases"[Publication Type] OR "legislation"[Publication Type] OR "letter"[Publication Type] OR "news"[Publication Type] OR "newspaper article"[Publication Type] OR "patient education handout"[Publication Type] OR "popular works"[Publication Type] OR "congresses"[Publication Type] OR "consensus development conference"[Publication Type] OR "consensus development conference, nih"[Publication Type])

Search	Query	Items found
#21	Search (#20 NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))	1230
#20	Search (#19 NOT ("addresses"[Publication Type] OR "biography"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "directory"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "festschrift"[Publication Type] OR "interview"[Publication Type] OR "lectures"[Publication Type] OR "legal cases"[Publication Type] OR "legislation"[Publication Type] OR "letter"[Publication Type] OR "news"[Publication Type] OR "newspaper article"[Publication Type] OR "patient education handout"[Publication Type] OR "popular works"[Publication Type] OR "congresses"[Publication Type] OR "consensus development conference"[Publication Type] OR "consensus development conference, nih"[Publication Type]))	1233
#19	Search ("Circumcision, Female"[Mesh] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilation*[tiab] OR female circumcis*[tiab] OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorrectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]))	1502
#16	Search (#15 NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))	1455
#15	Search (#14 NOT ("addresses"[Publication Type] OR "biography"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "directory"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "festschrift"[Publication Type] OR "interview"[Publication Type] OR "lectures"[Publication Type] OR "legal cases"[Publication Type] OR "legislation"[Publication Type] OR "letter"[Publication Type] OR "news"[Publication Type] OR "newspaper article"[Publication Type] OR "patient education handout"[Publication Type] OR "popular works"[Publication Type] OR "congresses"[Publication Type] OR "consensus development conference"[Publication Type] OR "consensus development conference, nih"[Publication Type]))	1529
#14	Search ("Circumcision, Female"[Mesh] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilation*[tiab] OR fgm*[tiab] OR female circumcis*[tiab] OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorrectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]))	1803
#13	Search ((fgm*[tiab] OR fgc*[tiab]) NOT ("Circumcision, Female"[Mesh] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilation*[tiab] OR female circumcis*[tiab] OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR de-	606

	infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab])	
#12	Search (#8 NOT #9)	1119
#10	Search (#9 NOT #8)	0
#11	Search (#9 NOT #8) Schema: all	0
#9	Search fgm*[tiab] OR fgc*[tiab]	989
#8	Search " Circumcision, Female "[Mesh] OR fgm*[tiab] OR fgc*[tiab] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilation*[tiab] OR female circumcis*[tiab] OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]	2108
#7	Search " Circumcision, Female "[Mesh] OR fgm*[tiab] OR fgc*[tiab] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilation*[tiab] OR (female*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]	2438

Zoekopdracht EMBASE 20-10-2015

'female genital mutilation'/exp OR (('female genital' NEAR/3 cutting*) OR ('female genital' NEAR/3 mutilat*) OR (female NEAR/3 circumcis*) OR infibulati* OR deinfibulati* OR (de NEXT/1 infibulati*) OR clitoridectom* OR clitorectom* OR defibulati* OR (clitoro NEXT/1 labiectom*) OR clitorolabiectom* OR (pharaonic NEAR/3 circumcis*) OR (clitoral NEAR/3 (nicking OR pricking)) OR reinfibulation OR (re NEXT/1 infibulation)):ab,ti

No.	Query	Results
#7	#4 AND (2014:py OR 2015:py)	208
#4	#3 NOT ([animals]/lim NOT [humans]/lim)	1647
#3	#1 NOT #2	1651
#2	#1 AND ('editorial'/it OR 'erratum'/it OR 'letter'/it)	169
#1	'female genital mutilation'/exp OR ('female genital' NEAR/3 cutting*):ab,ti OR ('female genital' NEAR/3 mutilat*):ab,ti OR (female NEAR/3 circumcis*):ab,ti OR infibulati*:ab,ti OR deinfibulati*:ab,ti OR (de NEXT/1 infibulati*):ab,ti OR clitoridectom*:ab,ti OR clitorectom*:ab,ti OR defibulati*:ab,ti OR (clitoro NEXT/1 labiectom*):ab,ti OR clitorolabiectom*):ab,ti OR (pharaonic NEAR/3 circumcis*):ab,ti OR (clitoral NEAR/3 (nicking OR pricking)):ab,ti OR reinfibulation:ab,ti OR (re NEXT/1 infibulation):ab,ti	1820

Zoekopdracht pubmed 20-10-2015

"Circumcision, Female"[Mesh] OR fgm[tiab] OR fgms[tiab] OR fgc[tiab] OR fgcs[tiab] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilat*[tiab] OR (female*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab] OR clitoro labiectom*[tiab] OR clitorolabiectom*[tiab] OR (pharaoni*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR (clitoral[tiab] AND (nicking[tiab] OR pricking[tiab])) OR reinfibulation[tiab] OR re infibulation[tiab]

Search	Query	Items found
#6	Search (#5) AND ("2014"[Date - Entrez] : "3000"[Date - Entrez])	260
#5	Search (#4 NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))	1939
#4	Search (#3 NOT ("addresses"[Publication Type] OR "biography"[Publication Type] OR "comment"[Publication Type] OR "directory"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "festschrift"[Publication Type] OR "interview"[Publication Type] OR "lectures"[Publication Type] OR "legal cases"[Publication Type] OR "legislation"[Publication Type] OR "letter"[Publication Type] OR "news"[Publication Type] OR "newspaper article"[Publication Type] OR "patient education handout"[Publication Type] OR "popular works"[Publication Type] OR "congresses"[Publication Type] OR "consensus development conference"[Publication Type] OR "consensus development conference, nih"[Publication Type]))	2055
#3	Search "Circumcision, Female"[Mesh] OR fgm[tiab] OR fgms[tiab] OR fgc[tiab] OR fgcs[tiab] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilat*[tiab] OR (female*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorrectom*[tiab] OR defibulati*[tiab] OR clitro labiectom*[tiab] OR clitorolabiectom*[tiab] OR (pharaoni*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR (clitoral[tiab] AND (nicking[tiab] OR pricking[tiab])) OR reinfibulation[tiab] OR re infibulation[tiab]	2347
#2	Search "Circumcision, Female"[Mesh] OR fgm[tiab] OR fgms[tiab] OR fgc[tiab] OR fgcs[tiab] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilat*[tiab] OR (female*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab] OR clitro labiectom*[tiab] OR clitorolabiectom*[tiab] OR pharaonic circumcis*[tiab] OR (clitoral[tiab] AND (nicking[tiab] OR pricking[tiab])) OR reinfibulation[tiab] OR re infibulation[tiab]	2347
#1	Search ("Circumcision, Female"[Mesh] OR fgm*[tiab] OR fgc*[tiab] OR female genital cutting*[tiab] OR female genital mutilat*[tiab] OR (female*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR infibulati*[tiab] OR deinfibulati*[tiab] OR de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab] OR clitro labiectom*[tiab] OR clitorolabiectom*[tiab] OR pharaonic circumcis*[tiab] OR (clitoral[tiab] AND (nicking[tiab] OR pricking[tiab])) OR reinfibulation[tiab] OR re infibulation[tiab])	2486

BIJLAGE 6: OVERZICHT WEBSITES NAAR E-LEARNINGS EN BELANGRIJKE DOCUMENTEN

E-learnings

JGZ meldingsprocedure: beschikbaar op de site van VPVG/GGD NL: <http://vgv.ggd.nl>

Websites

Pharos:

www.pharos.nl

Sociale kaart: <https://www.pharos.nl/thema/meisjesbesnijdenis-vgv/>

Wereld verspreidingskaart: <https://www.pharos.nl/infosheets/meisjesbesnijdenis-prevalentie-wereldwijd/>

Cultureel interview: <https://www.pharos.nl/infosheets/het-culturele-interview/>

KNMG

www.knmg.nl

Taalbarriere en tolken raadpleging:

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/tolkgebruik-bij-anderstaligen-in-de-zorg.htm>

KNOV

www.KNOV.nl

standpunt 'Vrouwelijke Genitale Verminking':

<https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/260-3/vrouwelijke-genitale-verminking/hoofdstuk/1180/vgv/>