

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21

# **Concept Leidraad**

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

### **INITIATIEF**

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en 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)

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)

Pharos, Expertisecentrum Gezondheidsverschillen

Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN)

CONCEPT

23 Colofon

24

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

26 © 2018 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

27 Postbus 20075

28 3502 LB UTRECHT

29 Tel. 088-1344700

30 Email: [kwaliteit@nvog.nl](mailto:kwaliteit@nvog.nl)

31 Website: [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57 Alle rechten voorbehouden.

58 De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gege-

59 vensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch

60 door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de

61 uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend

62 bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

63 **Samenstelling van de werkgroep**

64

65 • Dhr. Dr. J.J. Duvekot, gynaecoloog-perinatoloog (NVOG, voorzitter)

66 • Mw. Drs. M.C. Vos MSc, gynaecoloog (NVOG)

67 • Mw. Drs. A.F.J. Bergwerff, gynaecoloog (NVOG)

68 • Mw. Em. Prof. Dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts (NHG)

69 • Mw. Drs. G. Vije, verloskundige (KNOV)

70 • Mw. Drs. M. Ozer, seksuologe (NVVS)

71 • Dhr. Dr. M. Bouman, plastisch chirurg (NVPC)

72 • Mw. Drs. C.T.M. Jaartsveld, arts jeugdgezondheidszorg (AJN)

73 • Mw. Drs. D. Geraci (Pharos)

74 • Mw. Z. Naleie, vertegenwoordiger patiëntenvereniging (FSAN)

75 • Mw. Drs. C.A.L. van Rijn, AIOS gynaecologie (NVOG, richtlijnondersteuner)

76

77 Mede dankzij:

78 • Dhr. Drs. B. Oei, ANIOS chirurgie

79

80

CONCEPT

## 81 **Samenvatting van de aanbevelingen**

### 82 **Hoofdstuk 3 Korte- en langetermijnegevolgen van vrouwelijke genitale verminking (VGV)**

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

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

85 Bij een vermoeden van of bij dreiging op VGV vraagt de zorgverlener altijd advies bij Veilig Thuis.

86 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 met gynaecologische en forensich geneeskundige expertise ten einde het onderzoek eenmalig te hoeven verrichten.

Goede medische zorg prevaleert boven forensisch onderzoek.

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

88 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.

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

90 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.

92 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.

93

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

94

### 95 *5.1 Management van VGV in de gynaecologische praktijk*

Bij verwijzing van vrouwen met een vorm van VGV met klachten/symptomen gerelateerd aan VGV, wordt bij voorkeur verwezen naar een zorgverlener met ervaring met en behandeling van vrouwen met VGV.

96

De werkgroep is van mening dat het voor vrouwen met VGV het in voorkomende gevallen mogelijk moet zijn zich rechtstreeks te wenden tot een zorgverlener deskundig op het gebied van VGV. Op dit moment is het formeel nog zo dat verwijzing plaats dient te vinden door de eerstelijns zorgverlener.

97

Elke zorgverlener dient aan vrouwen afkomstig uit landen waar VGV wordt geïmplementeerd, na te vragen of VGV bij hen heeft plaatsgevonden.

98

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

99

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

100

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).

101

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

102

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.

103

Er dient in overleg met de vrouw gekozen te worden welke methode van de-infibulatie plaats gaat vinden.

104

105

106

107 *5.2 Management van VGV in de obstetrische praktijk*

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

108

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.

109

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

110

111

112 **Hoofdstuk 6   Reconstructie**

De werkgroep is van mening dat bij vrouwen met status na VGV de mogelijkheid van reconstructie op enig moment dient te worden besproken.

113

Reconstructieve chirurgie na VGV dient als primair doel te hebben het bevorderen dan wel herstellen van de functionaliteit van de genitalia.

114

Reconstructieve chirurgie dient bij voorkeur plaats te vinden in een expertisecentrum door een multidisciplinair behandelteam opdat adequate evaluatie, follow-up en documentatie plaats kan vinden.

115

116 **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.

117

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

118

Gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is verplicht bij het vermoeden van dreigende of recent uitgevoerde VGV bij minderjarigen. Dat 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.

119

120

121

122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147

## Inhoud

<b>Samenvatting van de aanbevelingen</b> .....	<b>5</b>
<b>Afkortingen</b> .....	<b>9</b>
<b>Hoofdstuk 1 Algemene inleiding</b> .....	<b>10</b>
<b>Hoofdstuk 2 Achtergrondinformatie</b> .....	<b>15</b>
<b>Hoofdstuk 3 Korte- en langetermijnevolgen van vrouwelijke genitale verminking</b> ..	<b>19</b>
<b>Hoofdstuk 4 Begeleiding van meisjes en vrouwen met status na VGV</b> .....	<b>26</b>
<b>Hoofdstuk 5 Begeleiding in de gynaecologische en verloskundige praktijk van vrouwen met status na VGV</b> .....	<b>30</b>
<b>Hoofdstuk 6 Reconstructie van VGV</b> .....	<b>37</b>
<b>Hoofdstuk 7 Wetgeving in Nederland betreffende vrouwelijke genitale verminking</b> ..	<b>42</b>
<b>Hoofdstuk 8 Organisatie van zorg</b> .....	<b>47</b>
<b>Implementatie van de leidraad</b> .....	<b>50</b>
<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>51</b>
BIJLAGE 1: Patiënten focusgroep verslag .....	51
BIJLAGE 2: Afbeeldingen van de typen van VGV .....	57
BIJLAGE 3: Techniek van de-infibulatie in de gynaecologische en verloskundige praktijk	58
BIJLAGE 4: Voorbeeld Zorgpad Verloskunde .....	63
BIJLAGE 5: Zoekverantwoording Hoofdstuk 6 Reconstructie .....	65
BIJLAGE 6: KNOV- standpunt 'Vrouwelijke Genitale Verminking' .....	68

148

149 **Afkortingen**

150

151	aBW	=	Algemene Bijstandswet
152	BIG	=	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
153	BW	=	Bijstandswet
154	EMDR	=	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
155	EVRM	=	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
156	FSAN	=	Federatie van Somalische Associaties Nederland
157	GGD	=	Gemeentelijke GezondheidsDienst
158	GHOR	=	Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio
159	HIV	=	Humaan Deficiency Virus
160	IMMO	=	Instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek
161	JGZ	=	Jeugd Gezondheids Zorg
162	LECK	=	Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling
163	NFI	=	Nederlands Forensisch Instituut
164	OM	=	Openbaar Ministerie
165	PID	=	Pelvic Inflammatory Disease
166	PTSS	=	Post Traumatische Stress Stoornis
167	RCOG	=	Royal Collage Of Gynaecology
168	RvdK	=	Raad voor de Kinderbescherming
169	SOA	=	Seksueel Overdraagbare Aandoening
170	Sr	=	Strafrecht
171	VGv	=	Vrouwelijke Genitale Verminking
172	VT	=	Veilig Thuis
173	WHO	=	World Health Organisation
174	WvSr	=	Wetboek van Strafrecht

175

176

## 177 **Hoofdstuk 1 Algemene inleiding**

178

### 179 *Definitie van een leidraad*

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

184 Dit document beoogt een leidraad te zijn voor de dagelijkse praktijk aangaande het onderwerp  
185 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes na vrouwelijke genitale verminking (VGV)'.  
186

186

### 187 *Aanleiding voor het maken van deze leidraad*

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

191 Omdat nieuwe internationale richtlijnen over dit onderwerp zijn gepubliceerd heeft de NVOG besloten  
192 dit modelprotocol ter herzien en om te zetten in een multidisciplinaire leidraad. Bij de ontwikkeling van  
193 dit document werd gebruikgemaakt van twee recent verschenen internationale richtlijnen over dit  
194 onderwerp: Female Genital Mutilation and its Management, RCOG green top guideline Nummer 53  
195 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>) en de WHO  
196 guidelines on the management of health complications from female genital mutilation  
197 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>)  
198 en het WHO 'Clinical Handbook for care of girls & women living with genital mutilation  
199 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1/>).  
200

200

### 201 *Betekenis*

202 Deze leidraad is van betekenis omdat het de heersende onzekerheid van zowel patiënten als  
203 relevante beroepsverenigingen over de preventie en het voorkomen van VGV en het te voeren beleid  
204 bij vrouwen en meisjes na VGV hoopt weg te nemen en de zorg voor vrouwen en meisjes met VGV te  
205 verbeteren.  
206

206

### 207 *Patiëntencategorie*

208 Dit document geldt voor alle vrouwen en meisjes met VGV die medische zorg krijgen of nodig hebben  
209 vanwege VGV.  
210

210

### 211 *Afbakening van het onderwerp*

212 De leidraad beslaat de domeinen: preventie, signaleren en bespreken, gevolgen en behandeling van  
213 complicaties van VGV. Dit document gaat nadrukkelijk niet over cosmetische chirurgie bij VGV.  
214 Hiervoor wordt verwezen naar het NVOG-protocol labiumreductie uit 2008.  
215

215

216 *Macro-economische impact*

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

225

226 *Doelstelling*

227 Het doel van deze leidraad is om alle zorgverleners die in aanraking kunnen komen met vrouwen en  
228 meisjes met een VGV te voorzien van een landelijke door de relevante beroepsverenigingen gedragen  
229 leidraad met betrekking tot het voorkomen en het behandelen van meisjes en vrouwen met een  
230 genitale verminking. Deze leidraad voorziet, waar mogelijk, in de meest recente 'evidence based'  
231 informatie met betrekking tot het onderwerp vrouwelijke genitale verminking. Met het opstellen van  
232 een dergelijk document wordt beoogd de kennis over VGV te vergroten en handvatten te bieden voor  
233 de begeleiding en behandeling van deze vrouwen.

234

235 *Specifieke vragen waarvoor dit document aanbevelingen geeft*

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

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

240

241 *Leidraadgebruikers*

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

245

246 *Samenstelling werkgroep*

247 Voor het ontwikkelen van dit document is in 2016 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld,  
248 bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante beroepsgroepen die betrokken zijn bij het  
249 zorgproces in de eerste en tweede lijn van vrouwen met (een verhoogd risico op) VGV. Deze  
250 beroepsgroepen zijn het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de AJN Jeugdartsen Nederland  
251 (AJN), de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), de Nederlandse Vereniging voor  
252 Svesuologie (NVVS), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), en de  
253 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Tevens werden Pharos,  
254 Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, en de Federatie Somalische Associaties Nederland  
255 (FSAN) gevraagd zitting te nemen in de werkgroep. De werkgroepleden (zie samenstelling van de

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

263

#### 264 *Onafhankelijkheid werkgroepleden*

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

272

#### 273 *Formuleren van aanbevelingen*

274 Nadat de gegevens uit de literatuur en buitenlandse richtlijnen waren samengevat werden hieruit  
275 conclusies getrokken. Om vervolgens tot een gewogen aanbeveling te komen werden overwegingen  
276 besproken en geformuleerd. Dit is van belang omdat voor een aanbeveling naast het  
277 wetenschappelijke bewijs ook nog andere aspecten meegewogen horen te worden, zoals  
278 patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische aspecten. Bij de  
279 overwegingen speelden de ervaring en opvattingen van de werkgroepleden een belangrijke rol. De  
280 'aanbevelingen' geven een antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op zowel het  
281 beschikbare wetenschappelijke bewijs als op de overwegingen. De gebruikte methodiek, die met  
282 name gebruikt wordt voor richtlijnontwikkeling, verhoogt de transparantie van de totstandkoming van  
283 de aanbevelingen in dit document.

284

#### 285 *Werkwijze*

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

296	<i>Definities</i>	
297	Synoniemen	Vrouwelijke genitale verminking, Infibulatie, vrouwenbesnijdenis
298	Engelse vertaling	Female Genital Mutilation
299		
300	Sunna	Term gebruikt voor symbolische vorm van besnijdenis zoals een prikje of een klein sneetje. Soms wordt sunna ook eufemistisch gebruikt voor VGV.
301		
302	De-infibulatie	Het vergroten van de opening of het opheffen van de obstructie, meestal vóór het huwelijk, de bevalling of bij klachten.
303		
304	Episiotomie anterior	Deze term wordt gebruikt als de-infibulatie tijdens de baring plaatsvindt.
305	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.
306		
307		
308	Reconstructie	Reconstructie van clitoris en/of labia minora en majora.
309		
310	<i>Patiëntenperspectief</i>	
311		Voor de ontwikkeling van een goede richtlijn danwel leidraad is bij dit onderwerp de input van
312		patiënten nodig. Een behandeling moet immers voldoen aan de wensen van patiënten en eisen van
313		de zorgverleners. Patiënten kunnen zorgverleners die een leidraad/richtlijn ontwikkelen helpen om te
314		begrijpen hoe het is om met een ziekte of aandoening te leven of om er mee geconfronteerd te
315		worden. Op deze manier kan bij het ontwikkelen van een leidraad/richtlijn beter rekening gehouden
316		worden met de betekenis van verschillende vormen van diagnostiek, behandeling en zorg voor
317		patiënten. Het in kaart brengen van de behoeften, wensen en ervaringen van patiënten met de
318		behandeling biedt tevens de gelegenheid om de knelpunten in kaart te brengen. Wat zou er volgens
319		patiënten beter kunnen? Een patiënt doorloopt het hele zorgtraject, een behandelaar ziet vaak slechts
320		het stukje behandeling waarin hij zich heeft gespecialiseerd. Het is dus heel zinvol om voor
321		verbetering van de kwaliteit van de behandeling ook knelpunten vanuit patiëntenperspectief in kaart te
322		brengen. Bij de ontwikkeling van dit document is er in de beginfase twee keer een knelpuntenanalyse
323		door middel van een groepsinterview met patiënten (focusgroep) gedaan. Vanuit Pharos-
324		Expertisecentrum Gezondheidsverschillen, werden vrouwen gevraagd om deel te nemen aan het
325		focusgroepgesprek over VGV. Een verslag van de focusgroep is besproken in de werkgroep en de
326		belangrijkste knelpunten zijn geadresseerd in de leidraad (zie bijlage 1: focusgroepverslagen
327		patiënten). Het hier voorliggende (concept)document is tevens voor commentaar voorgelegd aan de
328		deelnemers van de focusgroepen.
329		
330	<i>Implementatie</i>	
331		In de verschillende fasen van de ontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie
332		van deze leidraad en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk
333		gelet op factoren die de invoering van het document in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.
334		De leidraad wordt verspreid onder alle relevante beroepsgroepen en ziekenhuizen. Daarnaast wordt
335		een patiëntenfolder opgesteld. Ook is dit document te downloaden vanaf de website van de
336		Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie: <a href="http://www.nvog.nl">www.nvog.nl</a> .

337 *Juridische betekenis van de leidraad*

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

345

346 *Herziening*

347 Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie  
348 of dit document nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om het document  
349 te herzien. De geldigheid van de leidraad komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen  
350 aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten. Tot dat tijdstip blijft in principe de huidige  
351 werkgroep verantwoordelijk voor aanpassingen en herzieningen van aanbevelingen uit dit document.  
352 De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie is als houder van dit document de  
353 eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van de leidraad. De andere aan dit document deelnemende  
354 wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de leidraad delen de verantwoordelijkheid en  
355 informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

356

357 *Literatuur*

- 358 - RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management,  
359 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)  
360 - WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation  
361 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>).

## 362 **Hoofdstuk 2 Achtergrondinformatie**

### 363 *Algemeen*

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

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

377

### 378 *Religieuze en/of psychosociale aspecten*

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

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

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

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

397

### 398 *Epidemiologie en prevalentie*

399 Naar schatting zijn er meer dan 200 miljoen meisjes en vrouwen in de wereld besneden. Er is in een  
400 aantal landen een significante daling van de prevalentie waarneembaar. Als desalniettemin de huidige

401 trend van bevolkingsgroei zich voortzet dan lopen, ondanks de daling in prevalentie, de komende  
402 jaren nog miljoenen meisjes het risico om besneden te worden (Unicef, 2016).

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

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

418 Een onderzoek van Pharos uit 2013 schatte dat er in Nederland ruim 28.000 besneden vrouwen  
419 wonen, afkomstig uit de 29 landen waar op dat moment officiële prevalentiecijfers van beschikbaar  
420 waren. Ongeveer 80% van deze vrouwen is afkomstig uit Somalië, Egypte, Ethiopië/Eritrea en de  
421 Koerdische autonome regio in Noord-Irak. Naar schatting lopen tussen de 40 en 50 in Nederland  
422 woonachtige meisjes jaarlijks het risico te worden besneden. Dit risico is voor een deel van de meisjes  
423 pas echt reëel wanneer zij het land van herkomst bezoeken (Exterkate, 2013).

424 Een herhaling van deze prevalentie- en incidentiestudie is gestart begin 2018  
425 (zie [http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/17/wereldkaart-met-  
426 prevalentie-vrouwelijke-genitale-verminking voor overzicht van de prevalentie wereldwijd en aantallen  
427 vrouwen in Nederland](http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/17/wereldkaart-met-prevalentie-vrouwelijke-genitale-verminking-voor-overzicht-van-de-prevalentie-wereldwijd-en-aantallen-vrouwen-in-nederland)).

428

429 Anatomische uitleg – verschillende typen van vrouwelijke genitale verminking

430 Er zijn verschillende manieren waarop de vrouwelijke geslachtsorganen kunnen worden besneden.

431 Het varieert welk deel van de geslachtsorganen verminkt wordt, en de mate waarin. Dit is afhankelijk  
432 van wat lokaal gebruikelijk is, heeft te maken met de wens van de ouder(s) en hangt af van diegene  
433 die de besnijdenis uitvoert.

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

436

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

438 a) Verwijdering van alleen het preputium clitoridis;

439 b) Verwijdering van de clitoris met het preputium clitoridis.

440 **Type 2:** Gedeeltelijk of totale verwijdering van clitoris en labia minora, met of zonder verwijdering van  
441 labia majora (excisie):

442 a) Verwijdering van alleen labia minora;

443 b) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora;

444 c) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris, labia minora en labia majora.

445

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

448 a) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia minora;

449 b) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia majora.

450

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

453

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

458

#### 459 *Literatuur*

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

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

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

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

468 Unicef. Female genital mutilation/cutting: a global concern. 2016. Beschikbaar via: [http://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf). Geraadpleegd  
469 op 2016-04-04.

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

473 World Health Organization. WHO guidelines of health complications from female genital mutilation.  
474 Geneve; 2016. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/)  
475 [fgm/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/)  
476 Website Pharos: [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)  
477

CONCEPT

## 478 **Hoofdstuk 3 Korte- en langetermijnevolgen van vrouwelijke** 479 **genitale verminking**

480

### 481 **Uitgangsvragen:**

482 1. Welke kortetermijnevolgen zijn er bekend van VGV?

483 2. Welke langetermijnevolgen zijn er bekend van VGV?

484

### 485 **Inleiding**

486 Vrouwen na VGV kunnen hiervan gevolgen ondervinden zowel op de korte als op de lange termijn.

487 Welke dit zijn en hoe hiernaar te handelen wordt beschreven in dit hoofdstuk. Deze gevolgen kunnen

488 zowel op psychosociaal, fysiek en/of seksueel gebied liggen.

489

### 490 **Samenvatting van de literatuur**

491 De werkgroep heeft besloten geen nieuwe systematische literatuuranalyse te verrichten om deze

492 uitgangsvragen te beantwoorden. De recente RCOG Green-top Guideline Nr. 53 Female Genital

493 Mutilation and its Management (2015) is gebruikt om antwoord te geven op deze uitgangsvragen.

494 Grote delen van de tekst en aanbevelingen zijn ongewijzigd grotendeels overgenomen en vertaald in

495 het Nederlands.

496 Ter aanvulling is wel dieper ingegaan op de gevolgen voor de seksualiteit bij status na VGV. De

497 patiëntenfocusgroep gaf aan dat dit een belangrijk knelpunt is voor vrouwen met status na VGV. Een

498 overzichtsartikel (Berg, 2014) werd gebruikt om de odds ratio's en omvang hiervan schematisch weer

499 te kunnen geven. Deze systematische review en de meta-analyse gebruikten in totaal 185 studies,

500 waarvan de 57 beste studies gebruikt zijn voor de meta-analyse. De kwaliteit van deze studies is

501 echter zeer wisselend, terwijl de studieopzet erg verschilt en ook de studiepopulaties vaak klein zijn

502 (zie ook tabel 3.1).

503

### 504 **Overwegingen**

505

#### 506 *3.1 Kortetermijnevolgen/complicaties*

507 De systematische review van Berg (2014) vond dat bloedingen (5-62%), urineretentie (8-53%) en

508 genitale zwelling (2-27%) de meest voorkomende directe complicaties na VGV zijn.

509

510 Er is bezorgdheid dat sommige VGV-vormen van het type 4, waarbij onder andere een kleine snede

511 naast de clitoris wordt gemaakt, nu frequenter worden uitgevoerd. Dit zou mogelijk geen littekens

512 geven op korte termijn. Vanwege het gebrek aan een noodzaak hiervoor en de verwarring die hierdoor

513 kan ontstaan, zal dit toch schade veroorzaken. Daarom is vanuit mensenrechtenaspecten en

514 juridische kaders ook deze vorm van VGV niet toegestaan. Dit benadrukt bovendien de noodzaak tot

515 zorgvuldige verslaglegging.

516

517

518 *3.2 Langetermijncomplicaties*

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

524

525 *Littekens*

526 Genitale littekens na VGV kunnen lelijk en pijnlijk zijn. Keloïd vorming of hypertrofische littekens  
527 worden gemeld bij 3% van de vrouwen. Er kunnen chirurgisch te verwijderen epidermale inclusie-  
528 cysten en atheroomcysten ontstaan (Asante, 2010). Ook pijnlijke neuromen van de clitoris worden  
529 beschreven (Fernández-Aguilar, 2003; Abdulcadir, 2012; Kaplan, 2013).

530

531 *Urinewegen*

532 Klachten van de lagere urinewegen komen vaker voor bij vrouwen met VGV, voornamelijk bij type 2 of  
533 type 3 VGV (Amin, 2013). Slechte urineflow onder het infibulatielitteken kan leiden tot symptomen van  
534 urinewegobstructie en stase van de urine kan leiden tot recidiverende urineweginfecties (relatief risico:  
535 3.01, CI 1.42-6.38) (Berg, 2014) en steenvorming in de blaas (Yusuf, 2008). De aanbevolen  
536 behandeling is het opheffen van de infibulatie.

537

538 Beschadiging van de urethra tijdens VGV (elk type) kan leiden tot urethra stricturen en fistels. Deze  
539 vereisen beoordeling en eventuele chirurgische behandeling door een uroloog of (uro)gynaecoloog.

540 Er is geen bewijs dat VGV op lange termijn een verhoogd risico geeft op genitale prolaps of urine-  
541 en/of fecale incontinentie (Peterman, 2008). Een litteken bij de urethra kan urodynamisch onderzoek  
542 bemoeilijken.

543

544 *Dyspareunie, apareunie en verminderde seksuele functie*

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

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

553

554 Door de combinatie van verlies van fysieke functie, onvoldoende seksuele kennis, verminderde  
555 autonomie, geen begripvolle partner en verwerkingsproblematiek worden de seksuele klachten  
556 versterkt. Vrouwen wijten hun seksuele klachten vaak aan het "afwezig" zijn van de clitoris en het  
557 minder direct kunnen stimuleren van de clitoris maakt dat vrouwen aangeven dit te missen. De clitoris

558 kan echter nooit geheel verwijderd worden en de seksuele responscyclus kan volledig doorlopen  
559 worden. Culturele verwachtingen, een eventueel psychotrauma door de VGV en de empowerment van  
560 de vrouw kunnen zeker ook een rol spelen. In een cultuur waarin de seksualiteit van de vrouw er niet  
561 mag zijn, zullen vrouwen daarover ook geen standpunt innemen binnen hun relatie. Weinig vrouwen  
562 zullen daarom met hun partner bespreken om een pijnlijke sexarche te stoppen en de toegang  
563 chirurgisch te laten "openen" in plaats van door de echtgenoot. Verder is bij vrouwen met status na  
564 VGV, zoals ook bij andere vrouwen, dyspareunie bij het vrijen vaak een gebrek aan opwinding. Een  
565 gebrek aan lubricatie en doorbloeding leidt tot pijn en laceraties. Doordat vrouwen door blijven vrijen  
566 met pijn, ontwikkelen ze een hypertone bekkenbodempijn wat pijn geeft bij gemeenschap en er zo een  
567 vicieuze cirkel ontstaat. Een hypertone bekkenbodempijn kan ook voor de sexarche ontwikkeld worden op  
568 basis van psychotrauma en lichamelijke complicaties, zoals recidiverende urineweginfecties na VGV.  
569 De fysieke functie of toegang tot de vagina speelt wel degelijk ook een rol, maar niet de enige rol.

570

#### 571 *Menstruatieklachten*

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

574

#### 575 *Psychologische problemen*

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

580

#### 581 *Genitale infecties en pelvic inflammatory disease (PID)*

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

587

#### 588 *Infertiliteit*

589 Op dit moment zijn er geen goede studies die duidelijk aantonen dat VGV leidt tot onvruchtbaarheid.  
590 Potentiële factoren voor infertiliteit kunnen onder meer een gebrek aan geslachtsgemeenschap  
591 (apareunia, dyspareunie, verminderde seksuele functie) en opgelopen infecties door de VGV-  
592 procedure zijn. Ook gebrek aan kennis over conservatieve alternatieve methoden, zoals inseminatie  
593 met een 'spuitje' om kunstmatig een bevruchting tot stand te brengen, kunnen een reden zijn voor  
594 infertiliteit. Een casecontrolstudie toonde een relatie tussen primaire subfertiliteit en VGV (Almroth,  
595 2005).

596

597

598 *HIV en hepatitis B-infectie*

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

605

606 *Obstetrische complicaties*

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

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

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

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

629

630 **Conclusie**

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

633

634 *Tabel 3.1: Schematische weergave langetermijncomplicaties en obstetrische complicaties (Berg,*  
635 *2014)*

636

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]

637

638

#### Aanbevelingen

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

639

640

641

642

#### Literatuur

643

-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.

644

645

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.

646

647

648

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

649

650

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

651

652

- 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.

653

654

- 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.

655

- 656 - Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital  
657 mutilation. *Am J Psychiatry* 2005;162:1000–2.
- 658 - Berg RC, Denison E. Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual  
659 functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Social*  
660 *Policy* 2012;9:41–56.
- 661 - Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital  
662 cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*  
663 2014;4:e006316.
- 664 - Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review  
665 and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/ cutting. *Obstet*  
666 *Gynecol Int* 2014;2014:542859.
- 667 - Browning A, Allsworth JE, Wall LL. The relationship between female genital cutting and  
668 obstetric fistulae. *Obstet Gynecol* 2010;115:578–83.
- 669 - Duri K, Stray-Pedersen B. HIV/AIDS in Africa: trends, missing links and the way forward. *J Virol*  
670 *Antivir Res* 2013;2(1).
- 671 - Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, Almroth L. A case– control study on the association  
672 between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. *BJOG*  
673 2006;113:469–74.
- 674 - Fernández-Aguilar S, Noël JC. Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstet*  
675 *Gynecol* 2003;101:1053–4.
- 676 - Gissler M, Alexander S, Macfarlane A, Small R, StrayPedersen B, Zeitlin J, et al. Stillbirths and  
677 infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*  
678 2009;88:134–48.
- 679 - Hwang EW, Cheung R. Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection. *N Am J Med*  
680 *Sci (Boston)* 2011;4:7–13.
- 681 - Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, et al. Female genital  
682 mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during  
683 delivery and for the newborn. *Int J Womens Health* 2013;5:323–31.
- 684 - Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive  
685 health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey.  
686 *Trop Med Int Health* 2001;6:643–53.
- 687 - Peltzer K, Pengpid S. Female genital mutilation and intimate partner violence in the Ivory Coast.  
688 *BMC Womens Health* 2014;14:13.
- 689 - Peterman A, Johnson K. Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and  
690 proxy measures of gynecological fistula. *Soc Sci Med* 2009;68:971–9.
- 691 - RCOG 2015, green top guideline number 53, Female Genital Mutilation and its Management,  
692 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)
- 693 - Salihu HM, August EM, Salemi JL, Weldeselasse H, Sarro YS, Alio AP. The association  
694 between female genital mutilation and intimate partner violence. *BJOG* 2012;119:1597–605.

- 695 - Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier R, et al. Somali women and their  
696 pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. BJOG 2008;115:1630–  
697 40.
- 698 - Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic  
699 psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. Ethn Health  
700 2012;17:677–95.
- 701 - WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, Banks E, Meirik O, Farley  
702 T, Akande O, Bathija H, et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO  
703 collaborative prospective study in six African countries. Lancet 2006;367:1835–41.
- 704 - Yusuf L, Negash S. Vaginal calculus following severe form of female genital mutilation: a case  
705 report. Ethiop Med J 2008;46:185–8  
706

CONCEPT

## 707 **Hoofdstuk 4 Begeleiding van meisjes en vrouwen met status na** 708 **VGV**

709

### 710 **Uitgangsvragen:**

711 4.1 Hoe dient de begeleiding van vrouwen en meisjes met status na VGV te verlopen?

712 4.2 Wat is de rol van de zorgverlener in de begeleiding van vrouwen en meisjes met status na  
713 VGV?

714 4.3 Wat is de rol van de vrouw met status na VGV?

715

### 716 **Inleiding**

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

718

### 719 **Werkwijze**

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

725

### 726 **Overwegingen**

727

#### 728 *4.1 Begeleiding van vrouwen en meisjes met status na VGV*

729

#### 730 *Begeleiden van meisjes met een recente VGV*

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

736 Indien de ouders geen toestemming geven voor het doen van medisch onderzoek, zal de Raad voor  
737 de Kinderbescherming onderzoeken of er een kindbeschermingsmaatregel moet worden gevraagd  
738 om dit mogelijk te maken.

739

740 Bij een gesprek na een recente VGV is het raadzaam de volgende onderwerpen te betrekken die van  
741 wezenlijk belang kunnen zijn:

742 - type VGV;

743 - leeftijd waarop een meisjes besneden is;

744 - omstandigheden waaronder een VGV is uitgevoerd: met of zonder verdoving, waar?;

745 - wat is de kennis van het meisje en de ouders over het menselijke lichaam?;

- 746 - overtuiging: hoe denkt het meisje zelf over besnijdenis?;  
747 - cultuur op zich: hoe gemakkelijk praten mensen erover?;  
748 - migratie naar landen waar besnijdenis verboden is;  
749 - middelengebruik (onder andere qat).

750

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

754

755 Meisjes met status na VGV krijgen op hun leeftijd afgestemde zorg van huisarts, gynaecoloog,  
756 psycholoog en of sleutelpersonen. VT in de regio is bekend met de sociale kaart VGV.  
757 Behalve bij VT kan ook bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK)  
758 (telefoonnummer: 0900-4445444) informatie worden verkregen welke arts deskundig is op deze  
759 gebieden. Verder is ook het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) te raadplegen of de forensische  
760 arts van de plaatselijke GGD.

761

#### 762 *Begeleiding van vrouwen met status na VGV*

763 Bij een patiënt met status na VGV dient een zorgvuldige exploratie van haar klachten plaats te vinden  
764 op een cultureel-sensitieve manier. Een valkuil is dat het afwijzen van de praktijk van VGV voelt voor  
765 de patiënten als een afwijzing van haar zelf of haar afkomst. Naast haar niet-Nederlandse afkomst,  
766 kunnen klachten ook bepaald worden door haar migratiegeschiedenis en potentieel opgelopen  
767 trauma's als vluchteling.

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

772

773 *Angst en depressie samenhangend met een gebrek aan toekomstperspectief*  
774 Voorspellers voor angst en depressie zijn een heldere herinnering aan de VGV, het type VGV en een  
775 coping stijl met drugs (qat). PTSS kan ontstaan na de VGV en kan uitgelokt worden door  
776 sleutelmomenten later in het leven zoals de sexarchie, de bevalling of een gynaecologische of  
777 urologische ingreep.

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

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

783

784 In de anamnese wordt navraag gedaan naar:

- 785 - het type VGV;

- 786 - de leeftijd waarop de vrouw besneden is;
- 787 - de omstandigheden bij de VGV en of er verdoving is gegeven ;
- 788 - de overtuigingen rondom VGV bij de vrouw zelf en haar partner;
- 789 - hoe vindt zij het om hierover te praten?;
- 790 - wordt er medicatie of drugs (qat) gebruikt als pijnstilling;
- 791 - is er een voorgeschiedenis van (seksueel) misbruik?;
- 792 - hoe is de vluchtgeschiedenis van deze vrouw geweest?;
- 793 - hangen de klachten met de laatste twee samen?

794

#### 795 *Het lichamelijk onderzoek*

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

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

800

801 Op verzoek kan een de-infibulatie voor patiënt gepland worden. Zie voor de beschrijving hiervan  
802 hoofdstuk 5.

803

#### 804 *4.2 Rol zorgverlener*

805 Een inventarisatie van de klachten dient op een cultureel-sensitieve manier plaats te vinden.  
806 Aangezien patiënten met status na VGV in Nederland relatief zeldzaam zijn, is het moeilijk ruime  
807 ervaring hiermee op te doen. Indien de zorgverlener zich onvoldoende ervaren voelt, kan er verwezen  
808 worden naar een zorgverlener met meer ervaring. Een samenwerkingsverband met vaste  
809 psychologen, seksuologen en (bekken)fysiotherapeuten wordt aanbevolen.

810 Met het oog op preventie blijft VGV een gespreksonderwerp in de contacten die de zorgverlener heeft  
811 met het gezin afkomstig uit een risicoland. Bij de begeleiding van vrouwen met status na VGV moet  
812 aandacht zijn voor de eventuele meisjes in dit gezin en het risico op VGV bij hen in de toekomst.

813

#### 814 *4.3 Rol vrouw zelf*

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

822

823

824

825

826 **Aanbevelingen**

Bij een vermoeden van of bij dreiging op VGV vraagt de zorgverlener altijd advies bij Veilig Thuis.

827

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 met gynaecologische en forensich geneeskundige expertise ten einde het onderzoek eenmalig te hoeven verrichten.

Goede medische zorg prevaleert boven forensisch onderzoek.

828

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

829

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.

830

831

832 **Literatuur**

833 - de Jager M. 2013, Handelingsprotocol Vrouwelijke Genitale Verminking bij minderjarigen,  
834 (<http://www.pharos.nl/documents/doc/handelingsprotocolupdatejuni2013.pdf>)

835 - Naleie Z., Vloeberghs E. Hummeling T. 2015, Evaluatierapport Project Toeleiding naar zorg voor  
836 besneden vrouwen 2012-2015, ([http://www.pharos.nl/documents/doc/rapport\\_monitoring-zorg-  
837 besneden-vrouwen-2015.pdf](http://www.pharos.nl/documents/doc/rapport_monitoring-zorg-besneden-vrouwen-2015.pdf))

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

840

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

843

844 **Uitgangsvragen:**

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

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

847

848 **Inleiding**

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

853

854 **Samenvatting van de literatuur**

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

861

862 **Overwegingen**

863

864 *5.1 Begeleiding van vrouwen met status na VGV in de gynaecologische praktijk*

865

866 *Verwijzingen*

867 Van alle zorgverleners wordt verwacht dat men vrouwen kan identificeren met status na VGV. In  
868 gebieden met een lage prevalentie moeten er duidelijke zorgpaden voor verwijzing zijn naar  
869 instellingen met goede zorg voor vrouwen met status na VGV. Zelfverwijzing zou mogelijk moeten zijn  
870 als er bezwaren zijn voor doorverwijzing door een eerstelijns zorgverlener. In principe is de voorkeur,  
871 ook in het belang van de vrouw zelf, dat een eventuele verwijzing plaatsvindt door de eerstelijns  
872 zorgverlener. Op dit moment is het ook formeel nog zo dat verwijzing plaats dient te vinden door de  
873 eerstelijns zorgverlener.

874

875 *Klinisch management*

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

878

879

880 *De-infibulatie*

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

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

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

894 In bijlage 3 wordt de techniek van de-infibulatie met behulp van afbeeldingen beschreven.

895

896 *De-infibulatie (na type 3 VGV)*

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

902

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

908

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

914

915

916

917

918

919

920 *5.2 Begeleiding van vrouwen met status na VGV in de verloskundige praktijk*

921

922 *5.2.1 Zwangerschap*

923

924 *Niveau van zorg*

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

931

932 *Identificatie VGV*

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

937 In Nederland zou een "proef"-vaginaal toucher in de zwangerschap kunnen worden verricht, zodat op  
938 een veilig tijdstip in de zwangerschap maatregelen ten bate van de bevalling kunnen worden genomen  
939 en zo nodig traumabehandeling middels Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)  
940 kan worden ingesteld. Opsporing van VGV in de zwangerschap is het beste mogelijk door een goede  
941 anamnese bij het eerste consult. Belangrijk is om gericht te vragen naar een VGV in de  
942 voorgeschiedenis (HSCIC; 2015). Het is een goede gewoonte, indien mogelijk, een dergelijke  
943 klinische voorgeschiedenis van de patiënt in de afwezigheid van een partner of ander familielid te  
944 verkrijgen. Het is goed om te realiseren dat niet alle vrouwen weten of ze zijn blootgesteld aan VGV.  
945 Een voorbeeld van een zorgpad klinisch beleid van de zwangere vrouwen is te vinden in bijlage 4.

946

947 *Welke documentatie dient minimaal plaats te vinden?*

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

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

952 Indien er een verdenking is op een recente VGV, dan wel dreigende VGV bij een minderjarige dient de  
953 'meldcode kindermishandeling' in werking te treden.

954

955 *Prenatale zorg*

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

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

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

963

964 Indien de-infibulatie noodzakelijk lijkt voor een veilige baring, wordt de procedure hiervan besproken.  
965 Op verzoek van de patiënt of bij type III VGV en onvoldoende vaginale toegang voor vaginaal  
966 onderzoek tijdens de baring kan gekozen worden voor een de-infibulatie tijdens de zwangerschap.  
967 Door het electieve karakter kan dan ook een optimale planning bij een ervaren zorgverlener plaats-  
968 vinden (zie paragraaf 5.1). Echter, vrouwen kunnen ook de voorkeur geven aan een de-infibulatie, ook  
969 wel episiotomie anterior genoemd, tijdens de baring.

970

971 Er dient uitleg gegeven te worden dat een re-infibulatie niet plaats zal vinden en de gevolgen op het  
972 gebied van gezondheid en de voordelen van het niet re-infibuleren dienen te worden uitgelegd.

973 Het zorgplan wordt vastgelegd in de status.

974

#### 975 *5.2.2 Partus*

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

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

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

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

985

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

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

998 *Wat als het zorgplan ontbreekt tijdens de baring?*

999 Het effect van de status na VGV op de baring dient zo sensitief mogelijk besproken te worden en een  
1000 zorgplan dient alsnog gemaakt te worden. Bij problemen met vaginaal onderzoek of katherisatie wordt  
1001 een de-infibulatie tijdens de ontsluiting aanbevolen. Bij voldoende ruimte voor vaginaal onderzoek kan  
1002 de episiotomie anterior uitgesteld worden tot tijdens de uitdrijving.

1003

### 1004 *5.2.3 Kraambed*

1005 In het kraambed wordt het standpunt "Preventie van VGV door de Jeugdgezondheidszorg" (2010)  
1006 voor een pasgeboren meisje en andere minderjarige meisjes in het gezin gevolgd. De verloskundig  
1007 zorgverlener is hier verantwoordelijk voor.

1008 Als dit nog niet gebeurd is, worden zo nodig vervolgfafspraken gemaakt om alsnog een de-infibulatie te  
1009 bespreken en te verrichten.

1010 Van belang is verder om het beloop van de baring met de kraamvrouw te bespreken en daarbij  
1011 aandacht te besteden aan de mogelijke rol die haar VGV hierbij gespeeld heeft. De verloskundige  
1012 dient in het kraambed toestemming te vragen om de status na VGV van de kraamvrouw in het verslag  
1013 naar het consultatiebureau (CB) te mogen vermelden en of preventie van VGV voor haar dochter(s) is  
1014 besproken.

1015

### 1016 **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.

1017

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 hiervan, zowel lichamelijk als psychisch voor de jeugdige.

1018

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

1019

### 1020 *5.1 Management van VGV in de gynaecologische praktijk*

Bij verwijzing van vrouwen met een vorm van VGV met klachten/symptomen gerelateerd aan VGV, wordt bij voorkeur verwezen naar een zorgverlener met ervaring met en behandeling van vrouwen met VGV.

1021

De werkgroep is van mening dat het voor vrouwen met VGV het in voorkomende gevallen mogelijk moet zijn zich rechtstreeks te wenden tot een zorgverlener deskundig op het gebied van VGV. Op dit moment is het formeel nog zo dat verwijzing plaats dient te vinden door de eerstelijns zorgverlener.

1022

Elke zorgverlener dient aan vrouwen afkomstig uit landen waar VGV wordt geïmplementeerd, na te vragen of VGV bij hen heeft plaatsgevonden.

1023

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

1024

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

1025

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

1026

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

1027

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 patiënt komt.

1028

Er dient in overleg met de vrouw gekozen te worden welke methode van de-infibulatie plaats gaat vinden.

1029

### 1030 *5.2 Management van VGV in de obstetrische praktijk*

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

1031

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.

1032

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

1033

1034 **Literatuur**

1035

1036 - Chibber R1, El-Saleh E, El Harmi J. Female circumcision: obstetrical and psychological  
1037 sequelae continues unabated in the 21st century. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011  
1038 Jun;24(6):833-6. doi: 10.3109/14767058.2010.531318. Epub 2010 Dec 1.

1039 - Duri K, Stray-Pedersen B. HIV/AIDS in Africa: trends, missing links and the way forward. J Virol  
1040 Antivir Res 2013;2(1).

1041 - Health and Social Care Information Centre. Female Genital Mutilation (FGM) Enhanced  
1042 Dataset. Requirements Specification. [Leeds]: HSCIC; 2015

1043 - Hwang EW, Cheung R. Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection. N Am J Med  
1044 Sci (Boston) 2011;4:7–13.

1045 - Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: Effect on  
1046 symptoms and sexual function. Obstet Gynecol. 2006;108:55–60.

1047 - RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management,  
1048 (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg53/>)

1049

## 1050 **Hoofdstuk 6 Reconstructie van VGV**

1051

### 1052 **Uitgangsvragen:**

1053 6.1 Wat verstaat men onder reconstructie na VGV?

1054 6.2 Wat is het doel van reconstructie na VGV?

1055 6.3 Wat zijn de chirurgische mogelijkheden van een reconstructie na VGV?

1056 6.4 Wat zijn de gevolgen van reconstructie na VGV?

### 1057 **Inleiding**

1058 Reconstructie van de uitwendige genitaliën na VGV is een ingreep waarnaar tot op heden geen  
1059 (gerandomiseerde) onderzoeken zijn verricht. Het is een onderwerp waar nog veel onduidelijkheden  
1060 over zijn. Verwachtingen over wat onder reconstructie wordt verstaan lopen bij vrouwen en  
1061 hulpverleners nogal uiteen.

1062 Zowel vanuit de patiënten die deelnamen aan beide focusgroepen als vanuit zorgverleners betrokken  
1063 bij vrouwen met status na VGV, bestond er een grote behoefte naar verduidelijking van het onderwerp  
1064 reconstructie na VGV.

1065

### 1066 **Samenvatting van de literatuur**

1067 De beschikbare literatuur omtrent de beantwoording van deze uitgangsvragen is zeer gering. Een  
1068 systematisch literatuuronderzoek om elke uitgangsvraag te kunnen beantwoorden was om deze reden  
1069 niet zinvol. Voor uitgangsvraag 6.4 werd wel systematisch literatuuronderzoek verricht, maar hierbij  
1070 werden geen artikelen gevonden die de gevolgen van een reconstructie na VGV als primaire  
1071 uitkomstmaat hadden onderzocht (zie bijlage 5 voor zoekverantwoording). Om deze reden werd een  
1072 zoekopdracht uitgevoerd waarbij reconstructie na VGV in het algemeen werd gebruikt als zoekterm.  
1073 Hierbij werden voornamelijk artikelen gevonden die berusten op 'expert opinion'. Er werd maar één  
1074 prospectieve cohortstudie gevonden (Foldès, 2012), waarop het grootste deel van dit hoofdstuk is  
1075 gebaseerd.

1076

### 1077 **Overwegingen**

1078

1079 *6.1 Wat verstaat men onder reconstructie na VGV?*

1080 Onder reconstructie na VGV wordt zowel het herstellen van de vorm als ook de functie van de  
1081 genitalia externa verstaan.

1082

1083 *6.2 Wat is het doel van reconstructie?*

1084 Het doel van reconstructie na VGV is het herstellen van zowel de vorm en/of de functie van de  
1085 genitalia externa. Vulvaire en clitorale pijn zijn ook redenen om tot reconstructie over te gaan als  
1086 conservatieve maatregelen niet afdoende werken. Maar bovenal wordt het doel van de reconstructie  
1087 bepaald door wat de vrouw zelf wenst in relatie tot de chirurgische mogelijkheden die er zijn.

1088

1089 *6.3 Wat zijn de chirurgische mogelijkheden van reconstructie?*

1090 De ernst en type van VGV (hoeveel en welk weefsel er is verwijderd) bepalen de chirurgische  
1091 mogelijkheden voor reconstructie na VGV.

1092

1093 *6.3.1. De-infibulatie (na type 3 VGV)*

1094 Voor de-infibulatie wordt verwezen naar hoofdstuk 5.

1095

1096 *6.3.2. Clitorisreconstructie (na type 1b, 2b en evt. type 3a, b VGV)*

1097 Deze ingreep kan worden verricht indien er sprake is van een partieel dan wel totaal verwijderde  
1098 clitoris en/of preputium (clitoridectomie) (WHO, 2008).

1099 Er zijn enkele studies die laten zien dat door een reconstructie de clitorale functie kan worden  
1100 verbeterd. De clitorisreconstructie werd voor het eerst beschreven door Thabet in 2003 en Foldès in  
1101 2004. Hierbij wordt littekenweefsel, dat is ontstaan door de VGV, verwijderd en de clitorale stomp  
1102 chirurgisch bevrijd en naar buiten gebracht. Vulvaire huid kan gebruikt worden om een nieuw  
1103 praeputium te vormen. Deze ingreep kan zowel onder lokale als onder algehele anesthesie worden  
1104 uitgevoerd. Verschillende publicaties, inclusief de grote retrospectieve studie van Foldès (2012),  
1105 claimen met deze techniek een herstel van de clitorale functie. Deze ingreep lijkt veelbelovend en is  
1106 toenemend populair. (Foldès, 2006; Foldès, 2012; Thabet, 2003; Ouedraogo 2013, Ouedraogo 2016).

1107 *6.3.3. Labium minus-reconstructie (na type 2abc, type 3a, evt. 3b VGV)*

1108 Over labium minus-reconstructie na VGV is tot op heden niet gerapporteerd in de literatuur.  
1109 Aangezien het labiumweefsel is verwijderd, zal het meestal onmogelijk zijn om tot een volledige  
1110 labiumreconstructie te kunnen komen. In sommige gevallen ontstaat als langetermijncomplicatie na  
1111 VGV een epidermoïd inclusiecyste dan wel atheroomcyste. In dat geval valt te overwegen om middels  
1112 lokale transpositielappen deze huid te gebruiken voor labiumreconstructie in plaats van simpelweg  
1113 deze met de cyste te reseceren.

1114

1115 *6.3.4. Chirurgische interventies wegens vulvaire en clitorale pijn na VGV*

1116 Pijn als gevolg van VGV kan zijn oorsprong hebben in de vulva, de clitoris en de onderbuik. Hoewel  
1117 pijn in de vulva veroorzaakt wordt door littekenvorming, kan vaginale pijn veroorzaakt worden door  
1118 uitgebreide mutilatie, als bij type 3 VGV of door de gevolgen van obstetrische traumata.  
1119 Onderbuikspijn kan voortkomen uit recidiverende infecties zoals PID (Ezebialu, 2017).

1120 Dyspareunie kan veroorzaakt worden door littekenweefsel dat minder elastisch is dan onbeschadigd  
1121 weefsel. Dit kan leiden tot pijnlijke penetratie tijdens de coïtus. Voorts kan schade aan zenuwvezels  
1122 leiden tot neurinomen die ook een oorzaak van de pijn kunnen zijn. Gecompliceerde clitorale en  
1123 vulvaire cystes kunnen ook een bron van pijn zijn bij vrouwen die een VGV hebben ondergaan. Deze  
1124 retentiecysten kunnen ontsteken en leiden tot abcesvorming (Thabet, 2003).

1125 Pijnklachten kunnen optreden en verergeren tijdens de menstruatie. Pijn kan ook optreden tijdens de  
1126 mictie als gevolg van een vernauwde introïtus, met name bij vrouwen met een type 3 VGV. Globaal

1127 gezien kunnen deze pijnlijke afwijkingen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden (Abdulcadir,  
1128 2015; Krause, 2011; Vital, 2016).

1129 Chirurgische interventies voor het behandelen van vulvaire en clitorale pijn hebben als doel het  
1130 verwijderen van abnormaal weefsel en een zo goed mogelijk herstel van de anatomie. Omdat de  
1131 oorzaak van de onderliggende pijn individueel kan verschillen, zal ook de chirurgische benadering/  
1132 interventie verschillen. Chirurgische procedures als excisie van littekenweefsel, symptomatische  
1133 keloïdweefsel, neurinomen en gecompliceerde clitorale cysten kunnen onder lokale of algehele  
1134 anesthesie worden uitgevoerd. Vulvaire abcessen kunnen worden behandeld met specifieke  
1135 interventies, zoals marsupialisatie, veelal met goede resultaten.

#### 1136 *6.4 Wat zijn de effecten van reconstructie?*

1137

##### 1138 *6.4.1. De-infibulatie*

1139 De procedure wordt uitgevoerd om medische redenen en om de kwaliteit van leven te verbeteren. De-  
1140 infibulatie wordt aangeraden voor alle geïnfibuleerde vrouwen die langetermijncomplicaties ervaren  
1141 zoals dysmenorroe, dyspareunie, apareunie, of chronische vaginale en urineweginfecties en kan ook  
1142 worden verricht op eigen verzoek. Twee andere belangrijke redenen voor de-infibulatie zijn het  
1143 mogelijk maken van coïtus en een vaginale bevalling. Het complicatiepercentage van de procedure is  
1144 laag en de satisfactie van patiënt en echtgenoot is hoog (Nour, 2006).

1145

##### 1146 *6.4.2. Clitorisreconstructie*

1147 Met een operatie is het tijdens VGV verwijderde clitorale weefsel niet te vervangen. Het is mogelijk dat  
1148 chirurgische exploratie van de clitorale regio zou kunnen resulteren in verdere schade aan clitorale  
1149 zenuwen en vascularisatie met verder verlies van sensibiliteit als gevolg. Het is betwistbaar of deze  
1150 procedures werkelijk de clitorale sensibiliteit verbeteren, ook al wordt het genitale aspect bij sommige  
1151 vrouwen door deze ingreep verbeterd (Abdulcadir, 2015; Ezebialu, 2017). De bestaande studies zijn  
1152 retrospectief, met matige follow-up en het ontbreekt aan gestandaardiseerde evaluatie van seksuele  
1153 functie. In de grootste studie tot op heden (Foldès, 2012), participeerden 2938 vrouwen die een  
1154 operatie ondergingen, maar slechts 29% van de vrouwen kwam terug voor follow-up en 4% werd  
1155 opnieuw opgenomen vanwege chirurgische complicaties zoals een hematoom, wonddehiscentie of  
1156 koorts. Bij de eerstejaars follow-up (840 vrouwen) waren de pijnklachten en het clitoraal genot niet  
1157 verergerd noch verbeterd.

1158

#### 1159 **Conclusie**

1160 De beschikbare literatuur omtrent de beantwoording van deze uitgangsvragen is gering.

1161 Er is zwak bewijs voor vermindering van de pijnklachten na reconstructie na VGV (Foldes 2004,  
1162 Foldes 2012, Quedraogo 2013).

1163 Er is behoefte aan een klinische trial van goede kwaliteit om de veiligheid en effectiviteit van  
1164 (clitoris)reconstructie na VGV te onderzoeken.

1165 **Aanbevelingen**

De werkgroep is van mening dat bij vrouwen met status na VGV de mogelijkheid van reconstructie op enig moment dient te worden besproken.

1166

Reconstructieve chirurgie na VGV dient als primair doel te hebben het bevorderen dan wel herstellen van de functionaliteit van de genitalia.

1167

Reconstructieve chirurgie dient bij voorkeur plaats te vinden in een expertisecentrum door een multidisciplinair behandelteam opdat adequate evaluatie, follow-up en documentatie plaats kan vinden.

1168

1169 **Literatuur**

- 1170 - Abdulcadir, J., et al. (2012) Reconstructive surgery for female genital mutilation. *Lancet*,  
1171 380(9837): 90-92.
- 1172 Abdulcadir, J., et al. (2017) Posttraumatic Stress Disorder Relapse and Clitoral  
1173 Reconstruction After Female Genital Mutilation. *Obstet Gynecol*, 129(2): 371-376.
- 1174 - Abdulcadir, J., et al. (2015) Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: case  
1175 studies. *J Sex Med*, 12(1): 274-281
- 1176 - Abdulcadir, J., et al. (2015) A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after  
1177 female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet*, 129(2): 93-97
- 1178 - Anand, M., et al. (2014) Female genital mutilation reversal: a general approach. *Int*  
1179 *Urogynecol J*, 25(7): 985-986
- 1180 - De Schrijver, L., et al. (2016) A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female  
1181 genital mutilation: the crucial role of counselling. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 21(4):  
1182 269-275
- 1183 - Dobbeleir, J. M., et al. (2011) Aesthetic surgery of the female genitalia. *Semin Plast Surg*, 25(2):  
1184 130-141
- 1185 - Ezebialu, I., et al. (2017) Surgical and nonsurgical interventions for vulvar and clitoral pain in  
1186 girls and women living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol*  
1187 *Obstet*, 136 Suppl 1: 34-37
- 1188 - Fazari, A. B., et al. (2013) Reconstructive surgery for female genital mutilation starts sexual  
1189 functioning in Sudanese woman: a case report. *J Sex Med*, 10(11): 2861-2865
- 1190 - Foldes, P. (2004) [Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation]. *Prog*  
1191 *Urol*, 14(1): 47-50
- 1192 - Foldes, P., et al. (2012) Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective  
1193 cohort study. *Lancet*, 380(9837): 134-141
- 1194 - Foldes, P., et al. (2013) [Cosmetic surgery of the female genitalia]. *Prog Urol*, 23(9): 601-611
- 1195 - Forehand, R., et al. (2012) The role of parent depressive symptoms in positive and negative  
1196 parenting in a preventive intervention. *J Fam Psychol*, 26(4): 532-541

- 1197 - Gültekin İB, Altınboğa O, Dur R, Kara OF, Küçüközkan T. Surgical reconstruction in female  
1198 genital mutilation. Turk J Urol 2016;42:111-4.
- 1199 - Johnson, C., Nour N.M. (2007) Surgical techniques: defibulation of Type III female genital  
1200 cutting. J Sex Med, 4(6): 1544-1547
- 1201 - Krause, E., et al. (2011) Out of Eastern Africa: defibulation and sexual function in woman with  
1202 female genital mutilation. J Sex Med, 8(5): 1420-1425
- 1203 - Madzou, S., et al. (2011) [Reconstructive surgery of the clitoris after sexual mutilation]. Ann Chir  
1204 Plast Esthet, 56(1): 59-64
- 1205 - Nour, N. M., et al. (2006) Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and  
1206 sexual function. Obstet Gynecol, 108(1): 55-60
- 1207 - Ouedraogo, C. M., et al. (2016) [Clitoral reconstruction after female genital mutilation at CHU  
1208 Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso. About 68 patients operated]. J Gynecol Obstet Biol  
1209 Reprod (Paris), 45(9): 1099-1106
- 1210 - Ouedraogo, C. M., et al. (2013) [Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after  
1211 genital mutilation in Burkina Faso. Report of 94 cases]. Ann Chir Plast Esthet, 58(3): 208-215
- 1212 - Quilichini, J., et al. (2011) [Clitoridal reconstruction after female circumcision]. Ann Chir Plast  
1213 Esthet,56(1): 74-79
- 1214 - Smith, H., Stein, K. (2017) Surgical or medical interventions for female genital mutilation. Int J  
1215 Gynaecol Obstet 136 Suppl, 1: 43-46
- 1216 - Vital, M., et al. (2016) Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual  
1217 function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot  
1218 prospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 202: 71-74
- 1219

1220 **Hoofdstuk 7 Wetgeving in Nederland betreffende vrouwelijke**  
1221 **genitale verminking**

1222

1223 **Uitgangsvragen:**

1224 7.1 Wat is de wet- en regelgeving in Nederland betreffende VGV?

1225 7.2 Wat is de rol van zorgverleners en wat is de rol van patiënten als het gaat om de regelgeving  
1226 bij VGV?

1227 7.3 Wat is de regelgeving in Nederland omtrent VGV bij minderjarigen?

1228 **Inleiding**

1229 Dit hoofdstuk gaat over de juridische aspecten en de wetgeving in Nederland omtrent het onderwerp  
1230 VGV.

1231

1232 **Samenvatting van de literatuur**

1233 Gezien het onderwerp van deze uitgangsvragen heeft de werkgroep besloten geen systemische  
1234 literatuuranalyse te verrichten om deze uitgangsvragen te beantwoorden.

1235

1236 **Overwegingen**

1237

1238 7.1 Juridische aspecten en regelgeving in Nederland

1239

1240 *VGV en mensenrechten*

1241 VGV wordt internationaal erkend als een ernstige schending van kinder-, vrouwen- en  
1242 mensenrechten. Meerdere principes van de mensenrechten worden geschonden bij VGV. Het is een  
1243 schending van het recht op fysieke en mentale integriteit, op vrijheid van discriminatie, het recht op  
1244 leven, aangezien de procedure kan eindigen met het overlijden, het recht op vrijheid van marteling en  
1245 wrede, onmenselijke of denigrerende behandeling of straf, zowel als kinderrechten en de speciale  
1246 beschermwaardigheid van vrouwen en kinderen. Aangezien VGV leidt tot beschadiging van de  
1247 genitalia zonder medische noodzaak en het kan leiden tot ernstige consequenties voor de fysieke en  
1248 mentale gezondheid van vrouwen, schendt VGV ook het recht op de hoogst mogelijke standaard van  
1249 gezondheid(szorg) (WHO, 2016).

1250

1251 *Strafbaarheid*

1252 VGV is in Nederland strafbaar als vorm van kindermishandeling en huiselijk geweld (art. 300-304, 307,  
1253 308 Wetboek van Strafrecht, WvSr). Er staat een maximale gevangenisstraf van 12 jaar op of een  
1254 geldboete van maximaal € 76.000,-. Als ouders de besnijdenis zelf uitvoeren op hun eigen dochter, of  
1255 op een kind over wie zij het gezag uitoefenen of die zij verzorgen of opvoeden, kan de  
1256 gevangenisstraf met een derde worden verhoogd (art. 304 sub 1 WvSr). Ook zijn zij strafbaar als zij  
1257 de VGV laten uitvoeren en/of ondersteunen, opdracht geven hiervoor, ervoor betalen, middelen  
1258 leveren waarmee de VGV wordt uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis. Deze handelingen

1259 worden volgens de Nederlandse strafwet beschouwd als uitlokking, medeplichtigheid of  
1260 mededaderschap (art. 47 en 48 WvSr).

1261 In maart 2013 zijn het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering gewijzigd met het  
1262 oog op de verruiming van de mogelijkheden tot strafrechtelijke aanpak van huwelijksdwang,  
1263 polygamie en vrouwelijke genitale verminking. De rechtsmacht wat betreft VGV is uitgebreid in die zin  
1264 dat een VGV die in het buitenland is gepleegd, maar waarbij het slachtoffer de Nederlandse  
1265 nationaliteit of een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland heeft, ook strafbaar is in Nederland. Dit  
1266 geldt ook als de dader een buitenlandse nationaliteit heeft en/of niet in Nederland woonachtig is.

1267 Vanaf 1 februari 2006 kon iemand al worden vervolgd voor een in het buitenland uitgevoerde VGV,  
1268 indien de verdachte de Nederlandse nationaliteit had of in Nederland een vaste woon- of verblijfplaats  
1269 had.

1270 Vanaf 1 juli 2009 is de verjaringstermijn verlengd. Een vrouw kan nu aangifte doen van haar  
1271 besnijdenis van haar 18de tot haar 38de levensjaar.

1272

### 1273 *Verblijfsvergunning*

1274 Sinds 2001 is het mogelijk dat minderjarigen vanwege een aantoonbare dreiging van  
1275 meisjesbesnijdenis een beroep kunnen doen op een verblijfsvergunning 'Asiel voor bepaalde tijd'. Zie  
1276 artikel 3.2 en artikel 3.3 van de Vreemdelingencirculaire 2000 voor de meest recente informatie  
1277 hierover van de IND. Via de zoekterm 'genitale verminking' kan de informatie worden gevonden.

1278

1279 Vanaf januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de aanpak van kindermishandeling en VGV  
1280 (Transitie jeugdzorg - Jeugdwet). De Nederlandse ketenaanpak bestaat uit een combinatie van  
1281 preventie, zorg en wetshandhaving. Gemeenten kunnen een actieve rol innemen in het toezien op  
1282 deze ketensamenwerking. Zij zijn er ook verantwoordelijk voor dat het basispakket JGZ beschikbaar is  
1283 en actief wordt aangeboden aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar (Wet publieke gezondheid). De  
1284 GGD is de aangewezen partij om preventie en zorg rondom VGV in gemeenten te coördineren.

1285

## 1286 7.2 Rol zorgverleners/patiënten

1287

### 1288 *Meldcode*

1289 Sinds 1 juli 2013 zijn organisaties en zelfstandigen verplicht een meldcode huiselijk geweld en  
1290 kindermishandeling te hebben. Dit is vastgelegd in de wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en  
1291 kindermishandeling. De meldcode helpt professionals, bijvoorbeeld huisartsen, leerkrachten en  
1292 medewerkers van jeugdinstituten, om adequaat te reageren op signalen van geweld. Het  
1293 voorkomen van VGV maakt onderdeel uit van de wet. Doel van de wet is dat professionals  
1294 mishandeling in de thuissfeer vroegtijdig signaleren, passende hulp organiseren en zo nodig melden.  
1295 Voor iedere professional geldt bij een vermoeden van een dreigende of uitgevoerde vrouwelijke  
1296 genitale verminking dat hij of zij moet handelen volgens het stappenplan behorende bij de eigen  
1297 meldcode. Bij specifieke vormen van geweld die onder eengerelateerd geweld vallen, zoals VGV,  
1298 huwelijksdwang, en seksueel en ander eengerelateerd geweld, worden de stappen nader ingekleurd

1299 omdat een andere aanpak nodig kan zijn. Movisie heeft hiervoor de factsheet eengerelateerd geweld  
1300 ontwikkeld.

1301 Voor medewerkers in de zorg en in de juridische keten (Veilig Thuis, OM, RvdK, politie) is er het  
1302 handelingsprotocol VGV voor minderjarigen. Het beschrijft hoe te handelen bij het vermoeden of  
1303 kennis van een dreigende of uitgevoerde VGV (Pharos, 2016).

1304

#### 1305 *Tuchtrecht*

1306 Een arts of een andere beroepskracht met een beroepsgeheim heeft het recht (niet de plicht) om een  
1307 vermoeden van een op handen zijnde of een al uitgevoerde vrouwelijke genitale verminking te melden  
1308 bij Veilig Thuis (voorheen AMK). Zie Bulletin Vrouwelijke genitale verminking (Inspectie voor de  
1309 Gezondheidszorg, 2010). Hiertegenover staat de plicht om de meldcode te gebruiken bij vermoeden  
1310 van dreigende of uitgevoerde VGV.

1311 Artsen die een vrouwelijke genitale verminking hebben uitgevoerd of hieraan medewerking hebben  
1312 verleend, kunnen juridisch vervolgd worden op grond van het medisch tuchtrecht.

1313 Op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) kan het handelen  
1314 van geneeskundigen die een besnijdenis hebben uitgevoerd of hieraan medewerking hebben  
1315 verleend, worden voorgelegd aan een tuchtcollege ter toetsing aan de tuchtnormen. Naast  
1316 tuchtrechtelijke maatregelen kent de Wet BIG ook strafbepalingen.

1317 Het toebrengen van schade aan iemands gezondheid (zonder medische noodzaak) kan leiden tot  
1318 hechtenis, een geldboete of uitzetting uit het beroep.

1319 Daarnaast bevat het Wetboek van Strafrecht mogelijkheden om artsen strafrechtelijk te vervolgen  
1320 indien zij schuldig zijn aan het uitvoeren van een besnijdenis, of hieraan hun medewerking hebben  
1321 verleend (artikel 436 lid 2 Sr). In het bulletin Vrouwelijke genitale verminking (2010) heeft de Inspectie  
1322 voor de Gezondheidszorg de relevante wetgeving en veldnormen ten aanzien van VGV  
1323 bijeengebracht. Hierin staat dat zorgverleners niet mogen meewerken aan het uitvoeren van VGV en  
1324 re-infibulatie, noch bij minderjarigen, noch bij volwassenen.

1325

#### 1326 *Asiel*

1327 Een meisje dat in haar land van herkomst risico loopt op besnijdenis kan, onder omstandigheden, in  
1328 aanmerking komen voor een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd (op grond van artikel 29 lid 1 onder  
1329 b van de Vreemdelingenwet 2000). Als een meisje in haar land van herkomst risico loopt op  
1330 besnijdenis, kan sprake zijn van een reëel risico van schending van artikel 3 van het Europees  
1331 Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Dit  
1332 geldt ook voor in Nederland geboren meisjes, die bij terugkeer naar het land van herkomst van de  
1333 ouders het risico lopen besneden te worden.

1334 Indien het meisje in aanmerking wil komen voor bovengenoemde verblijfsvergunning zal zij moeten  
1335 aantonen dat:

- 1336 • Er een risico bestaat op vrouwelijke genitale verminking;
- 1337 • De autoriteiten van het land van herkomst geen bescherming kunnen of willen bieden  
1338 aan personen die zich verzetten tegen een dreigende besnijdenis;
- 1339 • Er geen vestigingsalternatief in het land van herkomst aanwezig wordt geacht.

1340 Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten van vrouwelijke genitale  
1341 verminking.

1342

### 1343 *Verklaring*

1344 Zorgprofessionals worden met regelmaat gevraagd om in het kader van de asielprocedure een  
1345 verklaring te schrijven met hierin de VGV-status van de vrouw. Er zijn geen officiële richtlijnen of  
1346 vereisten aan de expertise van de medische professional. Daarbij is er twijfel of alle vormen van VGV  
1347 goed waarneembaar zijn voor professionals, die geen specifieke kennis hebben over VGV en over de  
1348 aanwezige kennis bij de betrokken zorgprofessional over het gebruik en doel van een dergelijke  
1349 verklaring. Belastend lichamelijk onderzoek van (jonge) vrouwen, zonder medisch doel, maar slechts  
1350 om een verklaring in het kader van een procedure af te kunnen leggen, zou als een onnodige en  
1351 intimiderende handeling jegens de betrokken vrouw worden kunnen beschouwd.  
1352 Zorgprofessionals wordt in het algemeen geadviseerd terughoudend te zijn met het verrichten van  
1353 dergelijk onderzoek en het afleggen van dergelijke verklaringen. Pharos adviseert betrokken vrouwen  
1354 wel om contact op te nemen met het IMMO, indien gevraagd wordt om een dergelijke verklaring. Daar  
1355 werkt onder andere een ter zake kundige gynaecoloog. Indien een vrouw al eerder bij een arts is  
1356 geweest en de VGV-status in het dossier is vastgelegd, kan de vrouw ook een kopie van haar dossier  
1357 opvragen en dit gebruiken voor haar procedure. Ook hierbij moet prudent met de betreffende  
1358 gegevens worden omgegaan in verband met bovenstaande overwegingen.

1359

### 1360 *7.3 Minderjarigen*

1361

#### 1362 *Kinderbeschermingsmaatregelen*

1363 In de Jeugdwet wordt kindermishandeling omschreven als 'elke vorm van voor een minderjarige  
1364 bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard die ouders, of  
1365 andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van  
1366 onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te  
1367 worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel' (artikel 1.1  
1368 Jeugdwet). Vrouwelijke genitale verminking valt hier ook onder.

1369 De Nederlandse wet biedt mogelijkheden om voortijdig in te grijpen. Een dreiging van vrouwelijke  
1370 genitale verminking kan namelijk een overweging zijn voor de kinderrechter het meisje onder toezicht  
1371 te stellen (artikel 1:255 lid 1 sub aBW). De kinderrechter kan bij een dreiging van vrouwelijke genitale  
1372 verminking in het uiterste geval ook besluiten tot het opleggen van een zwaardere  
1373 kinderbeschermingsmaatregel, zoals een uithuisplaatsing (artikel 1:265b BW).

1374

### 1375 **Aanbevelingen**

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

1376

1377

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

1378

Gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is verplicht bij vermoeden van dreigende of recent uitgevoerde VGV bij minderjarigen. Dat 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.

1379

1380

#### Literatuur

1381

- IGZ 2010, Bulletin Vrouwelijke Genitale Verminking ([file:///C:/Users/user/Downloads/IGZ-Bulletin\\_Vrouwelijke\\_genitale\\_verminking\\_-\\_pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/IGZ-Bulletin_Vrouwelijke_genitale_verminking_-_pdf))

1382

1383

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

1384

1385

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

1386

1387

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

1388

1389

- RCOG 2015, green top guideline nummer 53, Female Genital Mutilation and its Management, (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/qtg53/>)

1390

1391

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

1392

1393

1394

## 1395 **Hoofdstuk 8 Organisatie van zorg**

1396

### 1397 **Inleiding**

1398 In dit hoofdstuk worden de implicaties van de aanbevelingen uit de afzonderlijke hoofdstukken  
1399 besproken en worden deze in een breder kader geplaatst. De gevolgen van de aanbevelingen op de  
1400 zorg voor vrouwen na VGV worden besproken.

1401

### 1402 **Preventieve zorg**

1403 In de diverse ketens van de verloskundige- en jeugdgezondheidszorg wordt aandacht besteed aan  
1404 preventie bij meisjes waarvan één of beide ouders uit een risicoland komen (zie hoofdstuk 2  
1405 achtergrondinformatie).

1406

#### 1407 *Verloskundigen*

1408 De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft de preventie van VGV en  
1409 het toeleiden naar en bieden van zorg aan besneden vrouwen ook actief opgepakt. Zij hebben een  
1410 netwerk van VGV-adviseurs getraind. Deze adviseurs zijn beschikbaar voor vragen over VGV van  
1411 collega's. Ook verzorgen zij (bij)scholing aan verloskundigen en aan kraamverzorgenden.  
1412 Verloskundigen hebben hun werkwijze en standpunt verwoord in het KNOV-Standpunt 'Vrouwelijke  
1413 genitale verminking' (bijlage 6). Hierbij aansluitend hebben zij een e-learning ontwikkeld  
1414 (<https://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/570-2/vrouwelijke-genitale-verminking-vgv/hoofdstuk/873/vrouwelijke-genitale-verminking-vgv/>).

1416

#### 1417 *Jeugdgezondheidszorg*

1418 De JGZ werkt al jarenlang actief aan de preventie van VGV. Sinds 2010 is beleid verwoord en  
1419 uitgewerkt in het standpunt 'Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de  
1420 Jeugdgezondheidszorg'. De JGZ is getraind om een risicotaxatie te maken van dreigende VGV, het  
1421 gesprek aan te gaan met ouders en daarbij voorlichting te geven over de medische risico's,  
1422 strafbaarheid en om de ouders ervan te overtuigen af te zien van VGV.

1423 Bij de JGZ zijn aandachtsfunctionarissen VGV getraind. Zij hebben meer kennis over VGV, de  
1424 signalering daarvan alsmede de gespreksvoering. Zij dienen als vraagbaak en hebben een taak in het  
1425 verspreiden van kennis onder hun collega's.

1426 De aandachtsfunctionarissen krijgen jaarlijks een scholing aangeboden door Pharos. Er is een e-  
1427 learning beschikbaar voor alle JGZ medewerkers (<http://vgv.ggd.nl/>).

1428

1429 De JGZ heeft direct na de geboorte een centrale rol in de preventie van VGV. Vanuit het Basispakket  
1430 JGZ zijn er geplande contactmomenten: huisbezoek na de geboorte, op de consultatiebureaus en de  
1431 scholen. Hierbij is zij bij uitstek in de gelegenheid om het gesprek aan te gaan met ouders uit  
1432 risicolanden. Door vroegtijdig in contact te treden met kinderen en hun ouders kunnen zij ouders  
1433 wijzen op de ernst van deze ingreep en de gevolgen, zowel lichamelijk als psychisch.

1434

1435 JGZ-professionals dienen allereerst alert te zijn op de risicokenmerken van VGV. Hiervoor kunnen zij  
1436 gebruik maken van risico-inventarisatie (uit: Standpunt Preventie VGV door de JGZ, 2010). Het risico  
1437 neemt toe met het aantal geconstateerde risicofactoren. Na consultatie van de aandachtsfunctionaris  
1438 VGV, bij twijfelachtig risico, reëel risico of bij vermoeden van VGV, dient advies gevraagd te worden  
1439 dan wel melding gedaan te worden bij Veilig Thuis volgens de meldcode kindermishandeling en  
1440 huiselijk geweld.

1441  
1442 Wanneer JGZ-professionals een risico op VGV signaleren, kunnen zij een verklaring (in verschillende  
1443 talen) aan de ouders meegeven indien zij het idee hebben dat ouders door de familie of gemeenschap  
1444 onder druk worden gezet om hun dochter te laten besnijden  
1445 ([http://www.pharos.nl/documents/doc/nlversie%20verklaring%20tegen%20meisjesbesnijdenis\\_%202014.pdf](http://www.pharos.nl/documents/doc/nlversie%20verklaring%20tegen%20meisjesbesnijdenis_%202014.pdf)). Dit is de Verklaring tegen meisjesbesnijdenis die in maart 2011 door de Nederlandse  
1446 ministeries, migrantenorganisaties en GGD Nederland in gezamenlijkheid is gepresenteerd.  
1447 Verschillende beroepsorganisaties hebben deze verklaring ondertekend. Als ouders onder druk  
1448 worden gezet, kunnen ze met dit document laten zien dat de ingreep in Nederland bij wet verboden is.  
1449  
1450

#### 1451 **Behandeling en begeleiding**

1452 De sleutelpersonen, die getraind zijn om het gesprek met vrouwen uit risicolanden aan te gaan en  
1453 voorlichting te geven, zijn goed op de hoogte van de mogelijkheden in hun eigen regio en kunnen voor  
1454 een adequate verwijzing zorgen en vrouwen eventueel ook begeleiden bij hun bezoeken aan  
1455 zorgverleners. Zorgverleners kunnen ook zelf een beroep doen op de sleutelpersonen om vrouwen te  
1456 begeleiden.

#### 1457 1458 *Laagdrempelige spreekuren zorg*

1459 Vanaf 2012 is met financiering van VWS onder projectleiding van GGD GHOR op zes locaties in  
1460 Nederland een spreekuur 'zorg voor besneden vrouwen' georganiseerd. Middels voorlichting en  
1461 huisbezoeken door sleutelpersonen (via FSAN) zijn vrouwen uit risicolanden geïnformeerd over het  
1462 bestaan van het spreekuur. Bij klachten kunnen ze naar deze spreekuren begeleid worden. Ook is op  
1463 elke locatie gewerkt aan het bekend maken van het spreekuur onder zorgprofessionals.  
1464

#### 1465 *Herkenning van symptomen en de relatie met een status na VGV*

1466 Door de lage frequentie van voorkomen van VGV in Nederland kunnen weinig zorgverleners ruime  
1467 ervaring opdoen in het begeleiden van vrouwen met klachten na VGV.

1468 Bij verwijzing (huisarts) van vrouwen met een vorm van VGV met klachten/symptomen gerelateerd  
1469 aan VGV worden zij bij voorkeur verwezen naar een zorgverlener met ervaring op het gebied van  
1470 behandeling van vrouwen met VGV voor een consult. Hiertoe kan een zorgverlener informatie  
1471 opvragen bij Pharos, die over een uitgebreide sociale kaart beschikt

1472 ([http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/focal-point-meisjesbesnijdenis/sociale-](http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/focal-point-meisjesbesnijdenis/sociale-kaart)  
1473 [kaart](http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/focal-point-meisjesbesnijdenis/sociale-kaart)).

1474 Verwijzing voor de behandeling / begeleiding van vrouwen met een status na VGV verloopt in principe  
1475 via een eerstelijns zorgverlener. Zelfverwijzing naar de zorgverlener, eventueel via sleutelpersonen,  
1476 moet mogelijk gemaakt worden voor vrouwen die grote bezwaren hebben om via de eerste lijn  
1477 verwezen te worden.

1478  
1479 De zorgverlener moet aan alle vrouwen afkomstig uit landen waar VGV wordt gepraktiseerd, navragen  
1480 of VGV bij hen heeft plaatsgevonden. Zo nodig wordt hierbij een professionele tolk of sleutelpersoon  
1481 ingeschakeld.

1482 Vrouwen met status na VGV dienen gecounseld te worden over de mogelijkheid tot een defibulatie.  
1483 Op verzoek van de vrouw kan de mogelijkheid tot reconstructie worden besproken.

1484 Reconstructie dient plaats te vinden in een multidisciplinair expertisecentrum, zodat follow-up plaats  
1485 kan vinden. Deze gegevens moeten gebruikt worden voor het vergaren van kennis op het gebied van  
1486 reconstructie bij deze doelgroep.

1487  
1488 *Verloskundige zorg*  
1489 Met betrekking tot de zorg voor zwangeren met een status na VGV wordt binnen het VSV een  
1490 zorgpad gehanteerd, waarin vastgelegd is hoe de zorg georganiseerd is voor deze zwangere. Voor  
1491 een voorbeeld zie bijlage 4.

1492  
1493 **Literatuur**

1494 - Standpunt Preventie VGV door de JGZ:  
1495 [http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2010/november/  
1496 Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking VGV door de Jeugdgezondhe  
1497 idszorg](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2010/november/Standpunt_Preventie_van_Vrouwelijke_Genitale_Verminking_VGV_door_de_Jeugdgezondheidszorg)

1498 - Verklaring tegen meisjes besnijdenis:  
1499 [http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/protocollen-en-  
1500 materialen/preventiematerialen/verklaring-meisjesbesnijdenis](http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/meisjesbesnijdenis/protocollen-en-materialen/preventiematerialen/verklaring-meisjesbesnijdenis)

1501  
1502

1503 **Implementatie van de leidraad**

1504

1505 Ten einde de leidraad binnen de verschillende beroepsgroepen te implementeren, zal publicatie van  
1506 de leidraad op de websites van de organisaties die zorg verlenen aan vrouwen met een VGV  
1507 plaatsvinden.

1508 De leden van de deelnemende zorgverleners organisaties die participeerden in de opzet van dit  
1509 standpunt zullen hun leden ook individueel op de hoogte brengen van het standpunt middels een  
1510 mailing of andere methoden van communicatie.

1511 Gezien de aard van het onderwerp zal het standpunt worden toegezonden aan het Ministerie van  
1512 Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Jeugdgezondheidsorganisatie en Veilig Thuis.

1513

1514

1515

1516

1517

1518

1519

1520

1521

1522

1523

1524

1525

1526

1527

1528

1529

1530

1531

1532

1533

1534

1535

1536

1537

1538

1539

1540

1541

1542

1543

1544

1545 **Disclaimer**

1546 De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders  
1547 of richtlijn(modules), standpunten, modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de  
1548 toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open  
1549 voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of  
1550 richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).

1551 **BIJLAGEN**

1552

1553 **BIJLAGE 1: focusgroepverslag patiënten**

1554

1555 In totaal zijn er twee focusgroepen gehouden, dit had als voornaamste reden om een demografische  
1556 spreiding te hebben die alle landen/gebieden beslaat waar vrouwenbesnijdenis plaatsvindt. Na de  
1557 eerste focusgroepbijeenkomst was het West-Afrikaanse deelgebied belicht.

1558

1559 **Focusgroep verslag 1 d.d. 11-12-2015:**

1560

1561 Verslag werksessie met sleutelpersonen

1562 Aanwezig: 11 sleutelpersonen. 1 Ethiopië, 1 Soedan (man), 1 Egypte, 8 Somalië.

1563 Onder begeleiding van Z. Naleie (FSAN) en D. Geraci (Pharos)

1564 Auteur verslag: D.Geraci (Pharos)

1565 De sleutelpersonen hebben met ons gedeeld welke knelpunten in de zorg aan besneden vrouwen zij  
1566 signaleren. Zij baseren zich op de contacten die zij hebben met de doelgroep als sleutelpersoon.

1567

1568 *Knelpunten*

1569

1570 1. Contact/ communicatie tussen arts en patiënt

1571 • Vrouwen voelen zich vaak niet gehoord en serieus genomen met hun klachten, vooral door de  
1572 huisarts.

1573 Ze komen meerdere keren met dezelfde klachten, maar voelen zich niet geholpen.

1574 Welke klachten zien jullie bij vrouwen?

1575 Veel infecties; menstruatieklachten; bulten; fistels; verharde littekens, waar soms ook pus en  
1576 stank uitkomt; pijn; incontinentie; verzakking van blaas en baarmoeder; onvruchtbaarheid/  
1577 kinderwens; pijn bij plassen; psychische klachten. Vrouwen weten niet altijd welke klachten  
1578 samenhangen met VGV.

1579 • Veel vrouwen ervaren een taalbarrière.

1580 • Veel vrouwen kunnen zich niet goed verwoorden. Soms kennen ze zelf niet goed het verband  
1581 tussen hun klachten en VGV. De huisarts moet extra doorvragen bij deze vrouwen en  
1582 investeren in vraagverheldering. Vrouwen hebben aanmoediging nodig om te praten over hun  
1583 klachten.

1584 Naast inzet vanuit professionals kunnen ook sleutelpersonen hier een rol in hebben. Zij  
1585 kunnen vrouwen stimuleren/ondersteunen/versterken in het verwoorden van hun klachten  
1586 richting zorgprofessionals. Sleutelpersonen kunnen vrouwen leren hoe zich goed voor te  
1587 bereiden op een bezoek aan de huisarts of specialist. *“Vrouwen moeten weten dat de huisarts  
1588 je alleen helpt met datgene waar je om vraagt.”*

1589 • De huisarts heeft doorgaans 10 minuten voor een consult. Hij verwacht dat een vrouw zelf kan  
1590 uitleggen wat de klachten zijn. Vrouwen ervaren vaak schaamte om hun klachten te

1591 bespreken. Zij hebben extra stimulans nodig. Een consult van 10 minuten is hier niet  
1592 toereikend voor.

- 1593 • De doktersassistent /POH wil bij het maken van een afspraak zo precies mogelijk weten  
1594 waarvoor men een afspraak wil. Vrouwen voelen zich geremd om dit te vertellen. Ook als de  
1595 vrouwen aangeven dat ze een afspraak willen over vrouwen klachten, blijft de  
1596 doktersassistent doorvragen. Die directe benadering werpt een barrière op.
- 1597 • (Huis)artsen moeten meer sensitief zijn in hun communicatie met vrouwen, meer invoelend voor  
1598 hun schaamte en de moeite die veel vrouwen ervaren om over hun klachten en besnijdenis te  
1599 praten.
- 1600 • Artsen en verpleegkundigen moeten rekeninghouden met de (cultuur)achtergrond van hun  
1601 patiënten. *“Als je in je praktijk 25 vrouwen uit Somalië hebt, neem dan de tijd om wat te lezen  
1602 of na te vragen over Somalië.”*

1603

## 1604 2. Organisatie van zorg

- 1605 • Huisartsen zijn heel terughoudend met doorverwijzen. Zelfs na meerdere bezoeken aan de  
1606 huisarts met dezelfde klachten (bijv. urineweginfecties) wordt er nog steeds niet  
1607 doorverwezen.
- 1608 • Sleutelpersonen zien met regelmaat dat het hebben van psychische/psychiatrische klachten  
1609 ook een verhoogd risico voor VGV met zich meebrengt. Wanneer de moeder psychisch  
1610 minder weerbaar is en de vader is bijvoorbeeld voor besnijdenis van zijn dochter, dan leidt dit  
1611 tot een verhoogd risico op VGV. Neem psychische problemen serieus en kijk of er  
1612 interdisciplinair meer samengewerkt kan worden.
- 1613 • De GGZ kent vaak lange wachttijden.
- 1614 • Het verschil tussen eigen bijdrage en eigen risico is niet voor iedereen duidelijk. Wat wel  
1615 duidelijk is, is dat beide een belemmering op werpen om zorg ‘af te nemen’.  
1616 *“Houd er bij een verwijzing naar een seksuoloog rekening mee dat een 20-jarige vrouw dit niet  
1617 zelf kan betalen. In plaats van haar naar een privé seksuoloog door te verwijzen, kun je haar  
1618 beter verwijzen naar een Sense seksuoloog. Dat scheelt enorm in de kosten.”*
- 1619 • Er is weinig communicatie tussen disciplines, bijv. huisarts en verloskundige en/of psycholoog.
- 1620 • Artsen kunnen beter gebruikmaken van sleutelpersonen. Zie hen als partners in een zorgketen  
1621 en zet daar ook een gepaste vergoeding tegenover.
- 1622 • Een sleutelpersoon die ook voor een GGD werkt signaleert dat veel nieuwkomers geen huisarts  
1623 hebben. Zij krijgen van de huisartspraktijken in de gemeenten te horen dat ze vol zitten.  
1624 Sleutelpersonen vermoeden dat huisartsen de communicatie met nieuwkomers te ingewikkeld  
1625 en tijdrovend vinden en daarom zeggen dat ze vol zitten.
- 1626 • Er is sprake van ongelijke verdeling in kennis en specifieke zorg aan besneden vrouwen in  
1627 Nederland. Sommige regio's zijn ‘vergeten’. Daar wonen bijvoorbeeld veel Somaliërs, maar  
1628 hier is weinig specifieke aandacht voor. Als vrouw met VGV lijkt het uit te maken waar je  
1629 woont, welke zorg je ontvangt en of professionals wel/niet goed op de hoogte zijn van VGV.

1630 • Er zouden in Nederland ook specifieke klinieken moeten zijn voor vrouwen met VGV, net als in  
1631 Engeland en nu ook in België. Hier werkt een multidisciplinair team samen in de zorg aan  
1632 besneden vrouwen.

1633

### 1634 3. Kwaliteit van zorg

1635 • Het komt regelmatig voor dat de huisarts de link niet legt tussen de klachten waarmee een  
1636 vrouw naar de huisarts komt en VGV. Daardoor verwijst hij waarschijnlijk ook niet door.

1637 • Sleutelpersonen hebben het idee dat met name huisartsen weinig kennis hebben rondom VGV.

1638 • De voorlichting, voorbereiding en begeleiding op de bevalling door verloskundigen en  
1639 gynaecologen kan beter. Vrouwen voelen zich vaak angstig voor de invloed die de besnijdenis  
1640 zal hebben op de bevalling. Vrouwen ontvangen slechte voorlichting rondom complicaties in  
1641 de zwangerschap en na de bevalling als gevolg van hun VGV.

1642 • Na de bevalling mogen vrouwen met type 3 in Nederland niet opnieuw 'dichtgenaaid' worden.  
1643 Op hun verzoek krijgen ze te horen: 'Nee, dat mag hier niet in Nederland.' Hier is meer  
1644 begeleiding bij nodig. Vrouwen voelen zich open, vinden zichzelf lelijk, zijn bang dat ze  
1645 hierdoor hun man verliezen. Voornamelijk vrouwen uit Sudan kiezen er dan voor om (voor een  
1646 volgende bevalling) af te reizen naar Sudan, zodat zij na de bevalling of na scheiding wel  
1647 dichtgenaaid worden. Voor deze vrouwen, met de wens om 'dichtgenaaid' te worden is, meer  
1648 (psychosociale) begeleiding nodig dan alleen de mededeling: "dat mag hier niet".

1649 • Sleutelpersonen spreken over onduidelijkheid/tegenstrijdige berichten bij verloskundigen en  
1650 gynaecologen over hoever gehecht mag worden en hoe(ver) er geknipt wordt.

1651 • Veel vrouwen kennen hun eigen lichaam niet of slecht. Ze weten niet hoe een lichaam  
1652 anatomisch in elkaar zit. Pas je voorlichting en zorg aan op deze vrouwen. Zorg dat er  
1653 voorlichtingsmaterialen zijn die geschikt zijn voor vrouwen die geen weet hebben van hoe  
1654 normale genitaliën eruit zien en wat er dan bij hen is gedaan/ wat er mist.

1655 Ze weten soms ook niet welke type besnijdenis ze hebben ondergaan. Ze spreken  
1656 bijvoorbeeld over Sunna maar blijken dan bij doorvragen/onderzoek geïnfibuleerd te zijn.  
1657 Stimuleer hen bijvoorbeeld in een spiegel te kijken. Maar dan nog weten ze niet hoe een  
1658 onbesneden vagina eruit ziet.

1659 • Sleutelpersonen komen regelmatig in contact met medische professionals die nog nooit van  
1660 VGV hebben gehoord of hier weinig over weten. Het maakt duidelijk nog geen structureel  
1661 onderdeel uit van de opleiding. Of er is weinig verdieping in. Dit moet veranderen. Er moet  
1662 aandacht zijn voor herhaaldelijke trainingen en scholing over VGV bij zorgprofessionals. Denk  
1663 ook aan nieuwe medewerkers bij de JGZ en Vertrouwensartsen.

1664 • Alle partners die betrokken zijn bij nieuwkomers in Nederland moeten getraind worden in VGV:  
1665 Vluchtelingenwerk Nederland, Maatschappelijk werk, COA, JGZ, GCA, huisartsen,  
1666 verloskundigen. In de training moeten ze horen wat VGV is en welke klachten vrouwen hier  
1667 van kunnen hebben en waar ze dan naar toe kunnen.

1668 • In ogen van sleutelpersonen heeft VGV per definitie een link met psychosociale klachten.  
1669 Artsen moeten hierop alert zijn en samenwerken met de GGZ. Tegelijkertijd leeft er nog altijd

1670 een taboe op psychische klachten. Lange tijd was er niets tussen gek en gezondheid. Dit  
1671 vraagt tijd en inzet om vrouwen zover te krijgen ook psychische ondersteuning te accepteren.  
1672 Denk aan laagdrempelige preventieve activiteiten vanuit de GGZ. Sleutelpersonen kunnen  
1673 ook een rol hebben in de voorlichting over psychische gezondheidszorg en het doorbreken  
1674 van dit taboe. Er is veel misinformatie en wantrouwen: bijvoorbeeld als je naar de GGZ gaat,  
1675 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.

1678

1679 Overweeg als zorgprofessional de samenwerking met sleutelpersonen. Zij kunnen partner/schakel zijn  
1680 in de zorg voor patiënten. Je kan de doelgroep beter bereiken via sleutelpersonen.

1681

### 1682 **Focusgroep verslag 2 d.d. 30-10-2016:**

1683

1684 Verslag werksessie met West-Afrikaanse vrouwen

1685 Aanwezig aantal vrouwen uit de volgende West-Afrikaanse landen: 1 Sierra Leone, 1 Burkina Faso, 2  
1686 Ghana, 1 Guinee, 1 Benin en 1 Nigeria.

1687 Onder begeleiding van Z. Naleie (FSAN) en D. Geraci (Pharos)

1688 Verslaglegging door D. Cosijnse (Pharos)

1689

1690 De West-Afrikaanse vrouwen hebben met ons gedeeld welke knelpunten zij signaleren met betrekking  
1691 tot zorg voor VGV.

1692

#### 1693 *Knelpunten*

1694 1. Contact / communicatie tussen arts en patiënt

- 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 bespreekbaar maken 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.

1708

- 1709 • Soms vraagt de doktersassistente (via de telefoon) al naar de klachten, en wil ze al heel specifiek  
1710 weten wat er speelt voor ze de afspraak in kan plannen. De vrouwen ervaren dit als vervelend,  
1711 omdat ze zich niet goed weten uit te drukken en omdat de klachten vaak gevoelig liggen. Ze  
1712 bespreken dit liever direct met de arts.
- 1713 • Met betrekking tot de aanwezigheid van anderen bij onderzoek of behandeling liepen de meningen  
1714 uiteen. Enkele vrouwen gaven aan dat ze het fijn vinden als er studenten bijwaren, zodat zij dit  
1715 kunnen gebruiken als een leerervaring. Anderen voelden zich opgelaten en beschaamd, en  
1716 ervoeren dit als onprettig. De vrouwen waren het er over eens dat de arts áltijd eerst dient te  
1717 vragen of een ander/student bij het gesprek mag zijn.
- 1718
- 1719 2. Organisatie van de zorg
- 1720 • De vrouwen weten weinig over hersteloperaties. Ze zouden hier graag meer over willen horen of  
1721 lezen.
- 1722 • Sommige vrouwen weten maar weinig over de impact van VGV. Zij kennen de symptomen van  
1723 VGV niet en leggen daarom geen link tussen de VGV en hun klachten. Sommigen zouden hier  
1724 meer over willen weten. Een overvloed aan informatie kan er volgens de vrouwen ook toe leiden  
1725 dat vrouwen die tot dan toe geen last ervoeren van de VGV te veel aan het denken worden gezet  
1726 door het lezen over alle (mogelijke) negatieve consequenties en klachten. Niet iedere vorm van  
1727 VGV is hetzelfde, en ook niet alle effecten zijn hetzelfde.
- 1728
- 1729 3. Kwaliteit van de zorg (medisch-inhoudelijk)
- 1730 • De huisarts weet te weinig van de cultuur van VGV; *“they don’t know FGM culture. They can’t help*  
1731 *what they don’t know”*. Soms zeggen de artsen bijvoorbeeld alleen maar dat VGV niet goed is,  
1732 zonder uit te leggen waarom. Dit kan zowel verwarrend als moeilijk zijn voor de besneden vrouw,  
1733 omdat zij juist heeft geleerd van haar ouders/familie dat VGV wél goed/belangrijk is.
- 1734 • De huisarts bespreekt VGV vaak niet of onvoldoende: *“If the huisarts cannot bring it up, they can’t*  
1735 *treat it”*. Door gevoelens van schaamte brengen de vrouwen het onderwerp zelf ook niet altijd in.  
1736 De huisarts moet volgens de vrouwen altijd vragen naar VGV, net zoals hij altijd vraagt naar  
1737 astma of migraine. Als de arts dit niet doet, zal de vrouw moeten proberen om over haar schaamte  
1738 heen te stappen, om de arts in staat te stellen om haar goed te behandelen. Als de arts weet van  
1739 jouw VGV zal hij jouw klachten kunnen linken aan de VGV, en je beter kunnen helpen.
- 1740 • De vrouwen vinden het belangrijk dat VGV in de opleiding van medici aan bod komt.
- 1741 • De vrouwen kennen de grenzen aan de zorg van de huisarts niet goed. Het is voor hen onduidelijk  
1742 wat je met een huisarts kunt bespreken, en op welke fronten de huisarts zorg kan bieden.
- 1743 • Enkele vrouwen geven aan dat er meer psychologische zorg nodig is, bijvoorbeeld in de vorm van  
1744 therapie. *“If you think about it, or if you see blood somewhere, your mind always goes back to that*  
1745 *moment, to the pain”*. De vrouwen geven nadrukkelijk aan dat zij het vooral nodig hebben om over  
1746 de VGV te praten, maar dat ze zelf te verlegen en/of beschaamd zijn om erover te beginnen. In de  
1747 cultuur in de landen van herkomst is praten over een thema als VGV of over psychische klachten

- 1748 een taboe, en tevens een reden om voor 'gek' uitgemaakt te worden. *"We need to grow out of our*  
1749 *African mentality, and into European mentality"*.
- 1750 • Een bezoek aan de seksuoloog kan volgens de vrouwen belangrijk zijn als de klachten gerelateerd  
1751 zijn aan seksualiteit. Veel vrouwen ervaren geen seksueel genot, maar dit betekent niet dat zij hier  
1752 allemaal met een seksuoloog over moeten praten. Niet alle VGV is hetzelfde, en niet elke vrouw is  
1753 hetzelfde. Bovendien is praten over seks een taboe. Bij de huisarts is de stap vaak te groot om te  
1754 beginnen over seks en seksualiteit, waardoor de vrouwen ook niet snel met een seksuoloog in  
1755 aanraking komen.
  - 1756 • Besneden vrouwen hebben extra zorg nodig tijdens de zwangerschap. Vooral sociale zorg, het  
1757 bespreken van de pijn, alsmede informatie over wat hen te wachten staat bij de bevalling.  
1758 Afrikaanse vrouwen praten en leren maar erg weinig over seksualiteit en het menselijk lichaam, en  
1759 weten hier veel minder over dan Nederlanders die ook seksuele voorlichting op school krijgen. Ze  
1760 willen beter geïnformeerd worden over de bevalling en eventuele complicaties.
  - 1761 • Het communiceren met de gynaecoloog of de verloskundige is makkelijker voor de vrouwen, zij  
1762 vertrouwen hen eerder met persoonlijke informatie.
  - 1763 • De vrouwen weten dat 'hersluiten' na de bevalling in Nederland verboden is, maar zijn het hier niet  
1764 allemaal mee eens. *"Some women feel too open and unhappy. Then it is better to stitch it back"*.  
1765 Soms gaan Afrikaanse vrouwen volgens hen naar het land van herkomst en stoppen zij daar  
1766 bepaalde kruiden/een bepaald middel naar binnen, wat ervoor zorgt dat de vagina samentrekt en  
1767 weer strak wordt. De belangrijkste reden hiervoor is het genot van de man.

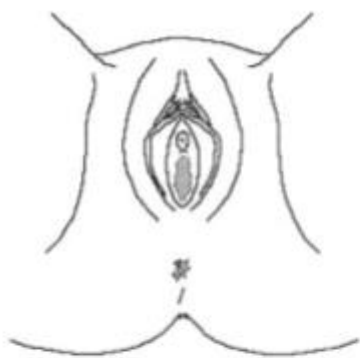
1768

1769 **BIJLAGE 2: afbeeldingen van de type VGV**

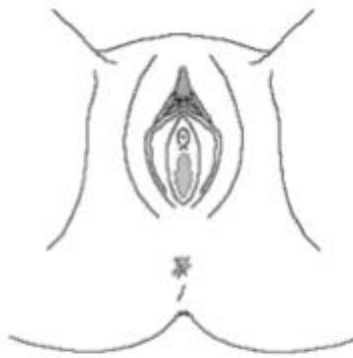
1770

1771 Hieronder zie je afbeeldingen van de type VGV:

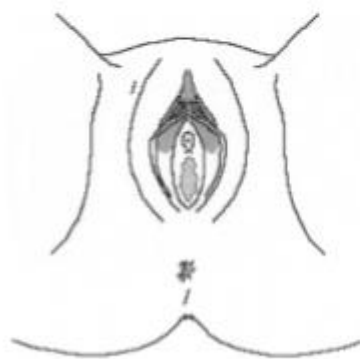
1772



Normale vrouwelijke genitalia



Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd  
Type I



Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd  
Type II

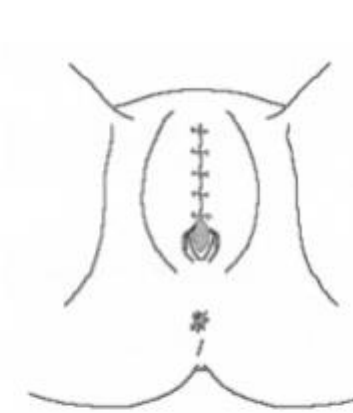


Type II - Na verwijdering en hechten

1773



Grijs gearceerd gebied wordt verwijderd  
Type III



Type III - Na verwijdering en hechten

1774

1775

1776 **BIJLAGE 3: Techniek van de-infibulatie in de gynaecologische en**  
1777 **verloskundige praktijk**

1778

1779 De procedure van de-infibulatie in de zwangerschap of durante partu is dezelfde. De timing durante  
1780 partu is afhankelijk van de mogelijkheid tot vaginaal toucher. Als dit niet mogelijk is dan wordt wanneer  
1781 de vrouw goed in partu is de procedure uitgevoerd om ruimte te maken voor vaginaal toucher en  
1782 eventuele blaaskatheterisatie. Wanneer vaginaal toucher wel mogelijk is, kan worden gewacht tot het  
1783 insnijden van het caput alvorens het te openen gebied te infiltreren met lidocaïne 1%.

1784

1785 *De Procedure*

1786 Wanneer de vrouw kiest voor de-infibulatie onder lokale verdoving gebeurt dit bij voorkeur in een goed  
1787 geoutilleerde ruimte. Omdat zich mogelijk andere problemen onder het infibulatielitteken schuilgaan,  
1788 heeft het ook de voorkeur dat spoedig een gynaecoloog of uroloog geraadpleegd kan worden.

1789 De vrouw ligt in steensnede ligging op de onderzoeksbank of behandeltafel. Met een pincet (afb. 1.) of  
1790 bij voorkeur of (vochtige) vinger (afb. 2.) wordt het littekenweefsel vrijgehouden van de introïtus  
1791 vaginae en de meatus urethra. Aan beide zijden van dit littekenweefsel, of in het littekenweefsel, wordt  
1792 geïnfiltrerd (afb. 3.) met 1% lidocaïne. Vervolgens wordt met een episiotomie schaar (afb. 4.) waarbij  
1793 de stompe kant onder het litteken wordt gebracht, het litteken geopend. In plaats van een  
1794 episiotomieschaar kan een scalpeltje worden gebruikt.

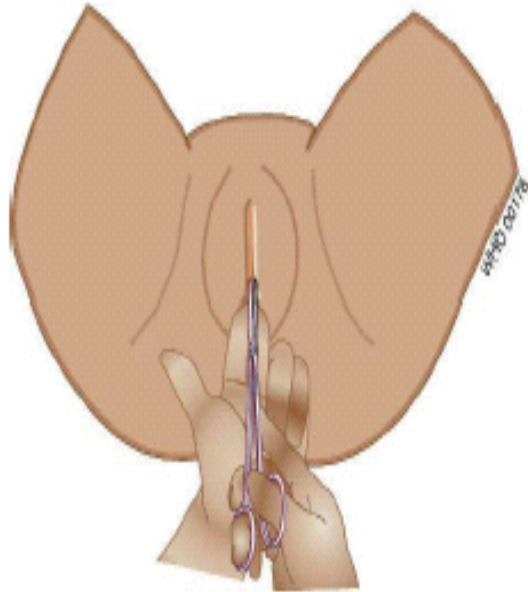
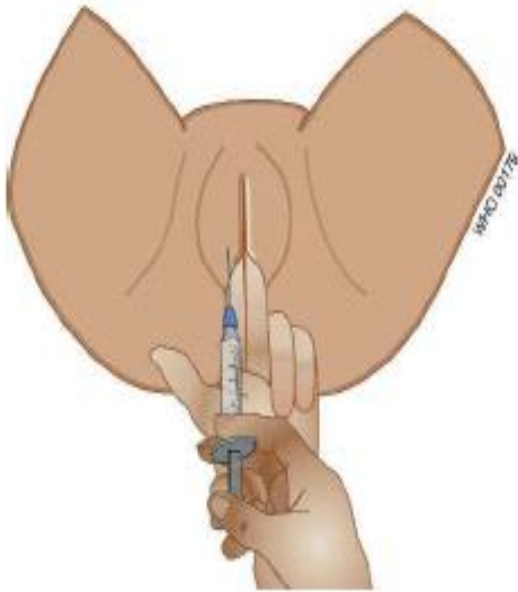


1795

1796 Afbeelding 1.



Afbeelding 2.



1797

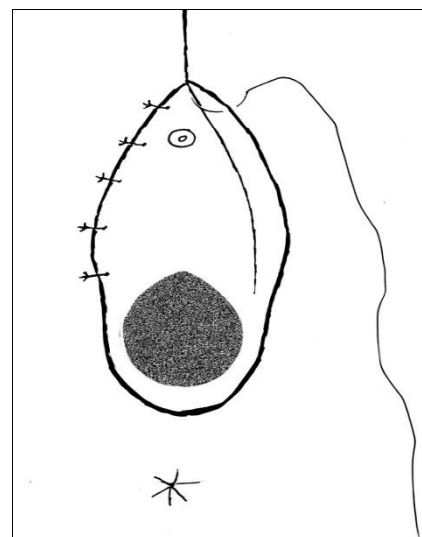
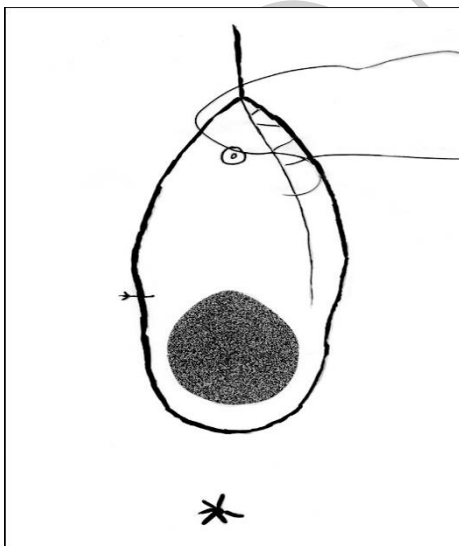
1798 Afbeelding 3.

1799

Afbeelding 4.

1800 Na het openen van het litteken moet worden voorkomen dat de wondranden terug aan elkaar groeien.  
 1801 Hiervoor kan gaas met vaseline tussen de wondranden worden gedragen. Echter een nadeel hiervan  
 1802 is dat de wondranden een aantal dagen pijnlijk blijven en mogelijk wordt het gaas niet vochtig genoeg  
 1803 gehouden waardoor dit in de wondranden ingroeit.

1804 Bij voorkeur worden de wondranden afzonderlijk gehecht, dit kan zowel doorlopend (afb. 5.) als  
 1805 losgeknoopt (afb. 6.) en wordt boven de meatus urethra een klein stukje gesloten om te  
 1806 voorkomen dat mevrouw "sproeit" bij het plassen en kleding niet vervelend tegen het vestibulum  
 1807 schuurt.



1808

1809 Afbeelding 5.

Afbeelding 6.

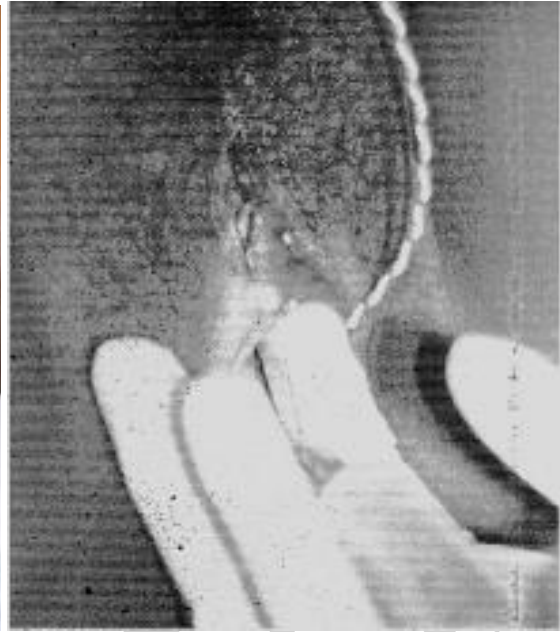
1810

1811

1812



1813  
1814 Afbeelding 7.



1815  
1816 Afbeelding 8.

1817  
1818 Durante partu wordt dezelfde procedure gevolgd. Bij insnijden van het caput (afb. 7) wordt het litteken geïnfilteerd met lidocaïne 1% (afb. 8), vervolgens wordt een vinger tussen het litteken en het foetale caput geplaatst (afb. 8) en met een episiotomieschaar (afb. 9) of een scalpeltje het litteken gekliefd.



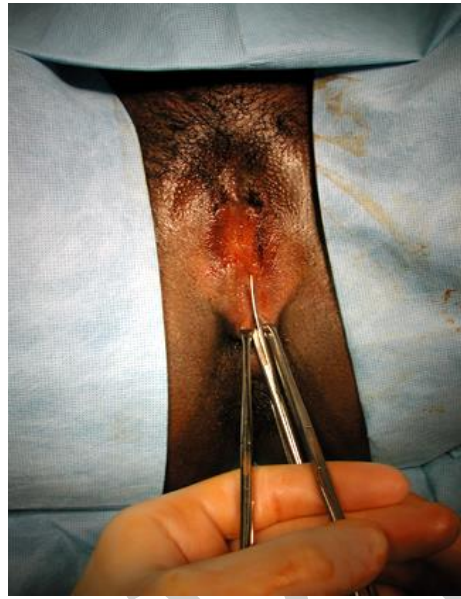
1819  
1820 Afbeelding 9.

1821  
1822 *Nazorg*

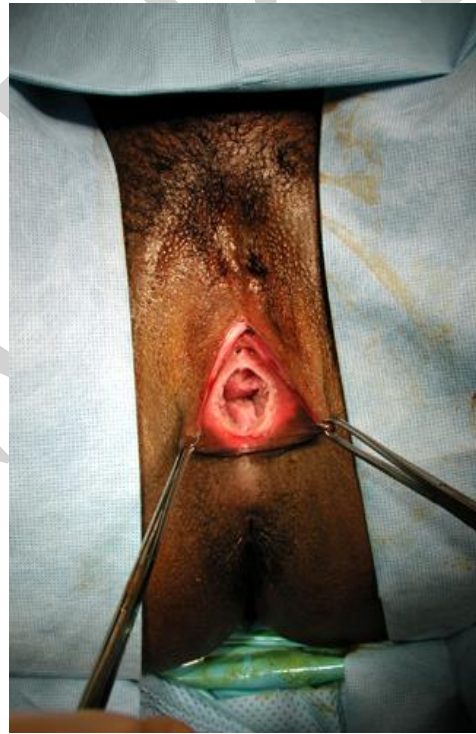
1823 Na de-infibulatie is het van belang de vrouw goed in te lichten over de veranderingen wat betreft  
1824 mictie: een veel groter straal, en menstruatie: veel meer bloed zichtbaar.

1825  
1826

1827 *De procedure uitgevoerd onder algehele anesthesie*



1828



1829

1830

1831



1832  
1833

CONCEPT

1834

1835 **BIJLAGE 4: Voorbeeld Zorgpad Verloskunde**

1836

Weken	Datum	professional	zwangere
8		<b>Echoscopiste:</b> <input type="checkbox"/> Echo (termijn vanaf 8+6 of crl 20mm)  <b>Verloskundige:</b> <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 <a href="http://www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl">www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl</a>
8+6-11		<b>Echoscopiste:</b> <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		<b>Verloskundige of PNS/PND counselor:</b> <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		<b>Echoscopiste:</b> <input type="checkbox"/> indien gewenst: nekplooiemeting	
12-16 Op indicatie		<b>Verloskundige:</b> <input type="checkbox"/> Doptone	<input type="checkbox"/> Informatie-avond: leefstijlen
16		<b>Verloskundige:</b> <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		<b>Echoscopiste:</b> <input type="checkbox"/> SEO / GUO  <b>Gynaecoloog</b> <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		<b>Verloskundige:</b> <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		<b>Kraamzorgconsulente:</b> <input type="checkbox"/> Huisbezoek	
27		<b>Verloskundige:</b> <input type="checkbox"/> Controle <input type="checkbox"/> Bloeduitslagen <input type="checkbox"/> Lab Rh neg: Hb, gluc, foetaal RhD en/of irr AS	<input type="checkbox"/> Bloed prikken Rh neg (27-28wkn): Hb, glucose, foetaal RhD en/of irr antistoffen . Op indicatie: suikertest (OGTT)

	Op indicatie: OGTT	<input type="checkbox"/> Nadenken over geboorteplan
	<input type="checkbox"/> Folders: Voorbereiding op bevalling en Pijnstilling	<input type="checkbox"/> Gekregen folders doorlezen
	<input type="checkbox"/> Uitleg geboorteplan	
30	<b>Verloskundige:</b>	
	<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	<b>Verloskundige:</b>	
	<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	<b>Verloskundige:</b>	
	<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	<b>Echoscopiste:</b>	
	<input type="checkbox"/> Echo ligging, biometrie en placentaallocalisatie (35-36 wkn)	<input type="checkbox"/> Klossen onder bed
		<input type="checkbox"/> Tas voor bevalling klaarzetten
	<b>Gynaecoloog:</b>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
	<input type="checkbox"/> Bloeduitslagen	
37 Op indicatie	<b>Verloskundige:</b>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
38	<b>Verloskundige:</b>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
39	<b>Verloskundige:</b>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
40	<b>Verloskundige:</b>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
41	<b>Verloskundige:</b>	
	<input type="checkbox"/> Controle	
41+3	<b>Arts-ass of klin. verloskundige:</b>	
	<input type="checkbox"/> Controle	<input type="checkbox"/> hartfilmpje van de baby
	<input type="checkbox"/> CTG	
Overig	<b>Verpleegkundige of verloskundige:</b>	
	<input type="checkbox"/> Extra controle bij vragen of ongerustheid	

1838

## 1839 BIJLAGE 5: Zoekverantwoording Hoofdstuk 6 Reconstructie

1840

1841 Bas Oei

1842 *Vrouwelijke genitale verminking of vrouwenbesnijdenis*

1843

1844 *Zoekopdracht Pubmed 05-08-2015:*

1845 "Circumcision, Female"[Mesh] OR fgm\*[tiab] OR fgc\*[tiab] OR female genital cutting\*[tiab] OR female  
1846 genital mutilation\*[tiab] OR (female\*[tiab] AND circumcis\*[tiab]) OR infibulati\*[tiab] OR  
1847 deinfibulati\*[tiab] OR de-infibulati\*[tiab] OR clitoridectom\*[tiab] OR clitorectom\*[tiab] OR  
1848 defibulati\*[tiab]

1849 "Circumcision, Female"[Mesh] OR female genital cutting\*[tiab] OR female genital mutilation\*[tiab] OR  
1850 female circumcis\*[tiab] OR infibulati\*[tiab] OR deinfibulati\*[tiab] OR de-infibulati\*[tiab] OR  
1851 clitoridectom\*[tiab] OR clitorectom\*[tiab] OR defibulati\*[tiab])

1852 NOT ("addresses"[Publication Type] OR "biography"[Publication Type] OR "comment"[Publication  
1853 Type] OR "directory"[Publication Type] OR "editorial"[Publication Type] OR "festschrift"[Publication  
1854 Type] OR "interview"[Publication Type] OR "lectures"[Publication Type] OR "legal cases"[Publication  
1855 Type] OR "legislation"[Publication Type] OR "letter"[Publication Type] OR "news"[Publication Type]  
1856 OR "newspaper article"[Publication Type] OR "patient education handout"[Publication Type] OR  
1857 "popular works"[Publication Type] OR "congresses"[Publication Type] OR "consensus development  
1858 conference"[Publication Type] OR "consensus development conference, nih"[Publication Type])

Search	Query	Items found
<a href="#">#21</a>	Search (#20 NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))	<a href="#">1230</a>
<a href="#">#20</a>	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]))	<a href="#">1233</a>
<a href="#">#19</a>	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 clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]))	<a href="#">1502</a>
<a href="#">#16</a>	Search (#15 NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))	<a href="#">1455</a>
<a href="#">#15</a>	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]))	<a href="#">1529</a>
<a href="#">#14</a>	Search ("Circumcision, Female"[Mesh] OR female genital cutting*[tiab] OR	<a href="#">1803</a>

	<b>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 clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]))</b>	
<a href="#">#13</a>	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 clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]))	<a href="#">606</a>
<a href="#">#12</a>	Search (#8 NOT #9)	<a href="#">1119</a>
<a href="#">#10</a>	Search (#9 NOT #8)	<a href="#">0</a>
<a href="#">#11</a>	Search (#9 NOT #8) Schema: all	<a href="#">0</a>
<a href="#">#9</a>	Search fgm*[tiab] OR fgc*[tiab]	<a href="#">989</a>
<a href="#">#8</a>	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 de-infibulati*[tiab] OR clitoridectom*[tiab] OR clitorectom*[tiab] OR defibulati*[tiab]	<a href="#">2108</a>
<a href="#">#7</a>	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]	<a href="#">2438</a>

1859  
1860  
1861  
1862  
1863  
1864  
1865  
1866  
1867

*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	<b>#4 AND (2014:py OR 2015:py)</b>	<b>208</b>
#4	<b>#3 NOT ([animals]/lim NOT [humans]/lim)</b>	<b>1647</b>
#3	<b>#1 NOT #2</b>	<b>1651</b>
#2	<b>#1 AND ('editorial'/it OR 'erratum'/it OR 'letter'/it)</b>	<b>169</b>
#1	<b>'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</b>	<b>1820</b>

1868  
1869  
1870  
1871  
1872  
1873  
1874  
1875  
1876  
1877  
1878  
1879

*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
<a href="#">#6</a>	Search ( <a href="#">#5</a> ) AND ("2014"[Date - Entrez] : "3000"[Date - Entrez])	<a href="#">260</a>
<a href="#">#5</a>	Search ( <a href="#">#4</a> NOT (animals[mh] NOT humans[mh]))	<a href="#">1939</a>
<a href="#">#4</a>	Search ( <a href="#">#3</a> 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]))	<a href="#">2055</a>
<a href="#">#3</a>	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 clitorlabiectom*[tiab] OR (pharaoni*[tiab] AND circumcis*[tiab]) OR (clitoral[tiab] AND (nicking[tiab] OR pricking[tiab])) OR reinfibulation[tiab] OR re infibulation[tiab]	<a href="#">2347</a>
<a href="#">#2</a>	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 clitorlabiectom*[tiab] OR pharaonic circumcis*[tiab] OR (clitoral[tiab] AND (nicking[tiab] OR pricking[tiab])) OR reinfibulation[tiab] OR re infibulation[tiab]	<a href="#">2347</a>
<a href="#">#1</a>	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 clitorrectom*[tiab] OR defibulati*[tiab] OR clitro labiectom*[tiab] OR clitorlabiectom*[tiab] OR pharaonic circumcis*[tiab] OR (clitoral[tiab] AND (nicking[tiab] OR pricking[tiab])) OR reinfibulation[tiab] OR re infibulation[tiab])	<a href="#">2486</a>

1880  
1881

1882

1883 **BIJLAGE 6: KNOV- standpunt 'Vrouwelijke Genitale Verminking'**

1884

1885 Klik hier voor betreffende standpunt:

1886 [https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/260-3/vrouwelijke-genitale-  
1888 verminking/hoofdstuk/1180/vgv/](https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/260-3/vrouwelijke-genitale-<br/>1887 verminking/hoofdstuk/1180/vgv/)

1889

1890

1891

CONCEPT