

MEDISCHE ZORG VOOR VROUWEN EN MEISJES MET VROUWELIJKE GENI

Versie 1.0

Discipline
Verantwoording

Multidisciplinair
NVOG

Inhoudsopgave

<u>Doelstelling en doelgroep</u>	1
<u>Definitie</u>	2
<u>Vormen van VGV</u>	3
<u>Aanvullende terminologie</u>	4
<u>Waar kom VGV voor?</u>	5
<u>Juridische aspecten en wetgeving in Nederland</u>	6
<u>Preventie Vrouwelijke Genitale Verminking</u>	7
<u>Minimaal vereiste zorg en kernaanbevelingen</u>	9
<u>Conclusie</u>	12
<u>Literatuurlijst</u>	13
<u>Colofon</u>	14
<u>Bijlagen</u>	15
<u>Bijlage 1</u>	15
<u>Bijlage 2</u>	15
<u>Bijlage 3</u>	15
<u>Disclaimer</u>	16

Doelstelling en doelgroep

Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV)¹

Preventie, begeleiding en behandeling van vrouwen met status na vrouwelijke genitale verminking

Dit modelprotocol beoogt aanbevelingen te doen over de wijze waarop verschillende medische beroepsgroepen medische, psychosociale en seksuele zorg kunnen leveren aan meisjes en vrouwen die -al dan niet op minderjarige leeftijd- slachtoffer zijn geworden van vrouwelijke genitale verminking.

Dit modelprotocol gaat zowel over preventie, als over spoedeisende hulp en over de zorg op langere termijn, wanneer de vrouw of het meisje klachten ontwikkelt. Het gaat nadrukkelijk niet om vragen over correctie van littekens van reguliere medische ingrepen of verzoeken tot cosmetische correctie van de genitalia externa.

Hiervoor wordt verwezen naar het *Modelprotocol Labiumreductie en standpuntbepaling (april 2008)*

http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=808

1 Ook wel vrouwen- of meisjesbesnijdenis genoemd.

Definitie

VGV is volgens de definitie van de WHO 'een gedeeltelijke of volledige verwijdering of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën zonder medische noodzaak' [1]. De WHO schat dat wereldwijd tussen de 100 en 140 miljoen vrouwen besneden zijn en dat jaarlijks 3 miljoen meisjes het risico lopen besneden te worden [1]

Vormen van VGV

Vormen van VGV zoals gedefinieerd door de WHO [1]:

1. Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en/of preputium clitoridis (clitoridectomie).
 - a) Verwijdering van alleen het preputium clitoridis.
 - b) Verwijdering van de clitoris met het preputium clitoridis.

2. Gedeeltelijk of totale verwijdering van clitoris en labia minora, met of zonder verwijdering van labia majora (excisie)
 - a) Verwijdering van alleen labia minora.
 - b) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora.
 - c) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris, labia minora en labia majora

3. Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van labia minora en/of labia majora, met of zonder verwijdering van de clitoris (infibulatie).
 - a) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia minora.
 - b) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia majora.

4. Niet geclassificeerd: alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen voor niet-medisch redenen, zoals bijvoorbeeld prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.

Zie [bijlage 1](#) voor tekeningen van typen vrouwelijke genitale verminking.

Aanvullende terminologie

Sunna: zou staan voor milde vorm van VGV of slechts het prikken in de clitoris tot een druppeltje bloed ontstaat. Echter, in de praktijk blijkt 'sunna' een verzamelbegrip te zijn voor alle vormen van VGV. Daarom: altijd doorvragen!

Her- of reinfibulatie: het opnieuw hechten van de resterende delen van de schaamlippen, onder meer na een bevalling, waardoor de vaginale opening opnieuw verkleind wordt tot de oorspronkelijke opening van na de besnijdenis.

Defibulatie: (openen van het litteken) is het vergroten van de opening (type 3), meestal vóór het huwelijk of een bevalling.

Waar kom VGV voor?

VGV komt met name voor in Afrika en in een beperkt aantal landen in het Nabije Oosten en in Azië (bijvoorbeeld in Indonesië en Koerdisch Irak), [zie bijlage 2](#) voor een kaart met Afrikaanse landen en een lijst met landen waar ook VGV voorkomt, maar waar prevalentie cijfers ontbreken.

VGV vindt meestal plaats op de leeftijd van 4 tot 12 jaar, maar in een aantal culturen wordt ook al een paar dagen na de geboorte besneden. Ook tot vlak voor het huwelijk kan VGV nog plaatsvinden. Migratie kan bijdragen aan besnijdenis op een andere (oudere) leeftijd.

Het besnijden of bewerken van de uitwendige genitalia van meisjes is een culturele traditie en is verbonden met opvattingen over reinheid, schoonheid, vrouwelijkheid en seksuele moraal [2]. Ouders laten de besnijdenis uitvoeren omdat hun dochter anders weinig kans heeft een man te krijgen, dus om haar toekomst veilig te stellen.

VGV is een cultureel gebonden gebruik en heeft geen relatie met religie. Het gebruik van VGV staat niet in de Koran noch in de Bijbel.

Nederland

Op 1 januari 2009 wonen er in Nederland rond de 56.000 vrouwen die afkomstig zijn uit risicolanden (i.h.b. 28 Afrikaanse landen en Jemen), waaronder 25.000 vrouwen tussen 0 en 20 jaar (CBS). Volgens een grove schatting van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) ondergaan jaarlijks minimaal 50 in Nederland woonachtige meisjes een besnijdenis.

Een retrospectief onderzoek in verloskundigenpraktijken in 2008 [3] geeft aan dat 4 op de 10 zwangere vrouwen uit risicolanden die bevallen in Nederland, zijn besneden.

Juridische aspecten en wetgeving in Nederland

[\(zie ook bijlage 3\)](#)

Wetgeving in Nederland

Alle vormen van VGV zijn in Nederland verboden. Alle vormen worden beschouwd als ernstige, onherstelbare vormen van lichamelijk letsel, met grote kans op lichamelijke en psychische klachten.

VGV is in Nederland strafbaar als vorm van mishandeling.

Een verdachte kan ook worden vervolgd voor een in het buitenland uitgevoerde VGV, indien de verdachte de Nederlandse nationaliteit heeft of in Nederland een vaste woon- of verblijfplaats heeft.

Medische professionals die meewerken aan VGV, kunnen worden berecht op grond van het medisch tuchtrecht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2008 de relevante wetgeving en veldnormen ten aanzien van VGV bijeengebracht in het Bulletin vrouwelijke genitale verminking. Uitvoering van een VGV door een hulpverlener moet gemeld worden bij de inspectie. Daarnaast geeft elke hulpverlener, die het vermoeden heeft dat een meisje mogelijk besneden wordt, de ouders informatie over de in Nederland heersende opvattingen over VGV en over de strafbaarheid van de ingreep. Bij het maken van de afweging (het vermoeden van) een aanstaande of een verrichte VGV te melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is de KNMG-meldcode kindermishandeling (2008) het toetsingskader voor elke hulpverlener [4]. Bij een verrichte VGV is de inzet een besnijdenis bij een volgend kind te voorkomen.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling²

De overheid gaat een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling bij wet verplicht stellen. Het gaat hierbij niet om een meldplicht voor professionals, maar over het hanteren van een meldcode die regelt dat en welke stappen er moeten worden genomen bij signalering van geweld. De geplande inwerkingtreding van de wet is 1 januari 2011. Veel beroepsgroepen hebben al een meldcode. Indien deze er nog niet is, kijk naar de meldcode en het stappenplan "Artsen en Kindermishandeling" van de KNMG. Deze is te vinden op <http://www.knmg.nl/>. Na de zomer 2010 zal de KNMG de meldcode voor artsen uitbreiden met een addendum over huiselijk geweld tegen volwassenen.

Melden van een vermoeden van VGV of een op handen zijnde VGV

Voor de specifieke problematiek van VGV bij minderjarigen (jonger dan 18 jaar) geldt dat bij vermoedens hiervan altijd advies moet worden gevraagd aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK): 0900-1231230 en eventueel ook aan een deskundig collega. Bij alle AMK's is een aandachtsfunctionaris VGV werkzaam (dit is een vertrouwensarts) die deskundig is op het gebied van de signalering en aanpak van gevallen van VGV. Bij een adviesvraag blijft het gezin per definitie anoniem voor het AMK. De adviesvrager blijft verantwoordelijk. Als men een melding doet, heeft het AMK de bevoegdheid om direct in contact te treden met het gezin en de bij het gezin betrokken professionals, en het onderzoek te starten. De melder kan het AMK vragen zijn naam voor het gezin geheim te houden (anoniem melden). Dat kan als dat nodig is vanwege de veiligheid van het kind of anderen, de vertrouwensrelatie van de melder met het gezin of uit vrees voor de eigen veiligheid. Met anoniem melden wordt terughoudend omgegaan. Het AMK werkt volgens een handelingsprotocol VGV. Dit is te vinden op http://www.meisjesbesnijdenis.nl/uploads/site_1/Pdf/Documenten/Handelingsprotocol_April2010.pdf

² VGV wordt gezien als een bijzondere vorm van kindermishandeling

Preventie Vrouwelijke Genitale Verminking

Tussen 2006 en 2009 is een *pilot* preventieproject Vrouwelijke Genitale Verminking uitgevoerd. Deze aanpak richt zich op preventie van VGV, vroegtijdige signalering, opsporing en registratie. Deze *pilot* werkte vanuit de integrale ketenaanpak: jeugdgezondheidszorg, verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en de AMKs waren hier nauw bij betrokken. De GGD'en van de zes *pilot*steden zijn verantwoordelijk voor het beleid en worden hierin ondersteund door zowel Pharos als FSAN (Federatie Somalische Associaties Nederland). Naast de genoemde professionals worden regionale zelforganisaties betrokken bij de uitvoering van het beleid. Getrainde sleutelpersonen (mensen uit de risicogemeenschap zelf) verzorgen voorlichtingsbijeenkomsten en gaan bij mensen op huisbezoek om in de eigen gemeenschap (preventie van) VGV bespreekbaar te maken. Vanaf 2010 wordt deze *pilot* landelijk uitgerold.

Rol van professionals in de preventieketen

Rol van de verloskundige/gynaecoloog of verloskundige/kinderarts

Volgens het KNOV standpunt VGV (2007) signaleert de verloskundige tijdens de intake of de zwangere vrouw uit een land afkomstig is waar VGV voorkomt en vraagt zij of de vrouw besneden is [5]. In de zwangerschap bespreekt de verloskundige/gynaecoloog de genitale verminking van de cliënte in relatie tot mogelijke lichamelijke klachten en het beleid rondom de baring. Bij de geboorte van een meisje brengt de verloskundige/gynaecoloog in het kraambed de mogelijke besnijdenis van de pasgeborene dochter ter sprake. Zij bespreekt daarbij:

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

Indien het kind aan de kinderarts is overgedragen, neemt de kinderarts deze taak op zich. Daarbij is belangrijk dat de verloskundige duidelijk overdraagt aan de kinderarts dat er een risico op besnijdenis is (bv omdat moeder zelf besneden blijkt te zijn).

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

Het RIVM heeft in 2009 i.s.m. de betrokken beroepsgroepen gewerkt aan een richtlijn overdracht van gegevens van verloskundige en kraamzorg naar de JGZ. Daarin wordt ook het onderwerp VGV opgenomen. In 2010 wordt deze richtlijn verwacht.

Rol van de JGZ (0-19 jaar)

De rol van de JGZ is vooral preventie van VGV door VGV bespreekbaar te maken met de ouders tijdens de contactmomenten. Voor het bespreekbaar maken wordt gebruik gemaakt van het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis (ontwikkeld door o.a. Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland - AJN). Dit protocol is te vinden op

<http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/bibliotheek/richtlijnen/gespreksprotocol-meisjesbesnijdenis.jsp>

Medio 2010 is dit gespreksprotocol door het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid i.s.m. Pharos omgevormd tot een JGZ-standpunt 'Preventie vrouwelijke genitale verminking'.

Rol van de huisarts (of andere hulpverleners)

Een huisarts vraagt de vrouw of er (andere) dochters zijn, die wel of niet besneden zijn, en vraagt hoe de ouders tegenover besnijdenis staan. De huisarts bespreekt met de vrouw en echtgenoot:

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

Het gesprek over VGV noteert de huisarts ook in het dossier van de dochters. Bij een reëel risico op VGV meldt de huisarts bij het AMK.

Verklaring tegen meisjesbesnijdenis

Sinds 2006 is er 'waarschuwingbrief', opgesteld door Pharos. Deze is beschikbaar in diverse talen. In de brief staat dat als een meisje dat in Nederland woont besneden wordt, de ouders daarvoor berecht kunnen worden, ook als het meisje buiten Nederland wordt besneden. De JGZ geeft deze brief mee aan ouders, zodat zij de

brief aan familie en belanghebbenden kunnen laten zien tijdens de vakantie. Deze brief moet de ouders helpen om de sociale druk van de familie in het buitenland te weerstaan om hun dochter te laten besnijden, terwijl de ouders zelf dit niet willen.

In 2010 is deze waarschuwingsbrief vervangen door een uitgebreidere brief waarin wordt uitgelegd dat VGV in Nederland strafbaar is en dat ouders berecht kunnen worden voor een besnijdenis, ook als het meisje buiten Nederland wordt besneden. Deze brief- of verklaring- is ondertekend door het ministerie van VWS, Justitie en een aantal beroepsorganisaties ('Verklaring tegen meisjesbesnijdenis'). Het is de bedoeling dat JGZ professionals tijdens de consulten met mensen uit de risicogroepen deze verklaring meegeven aan ouders.

Minimaal vereiste zorg en kernaanbevelingen

Klachten en medische, psychosociale en seksuele complicaties VGV kan lichamelijke en psychische problemen veroorzaken [6]. Ook kan het een negatieve invloed hebben op de beleving van seksualiteit en/of seksuele relaties. De kans op lichamelijke klachten en medische, psychosociale en seksuele complicaties is groot, niet alleen kort na de ingreep maar ook op langere termijn daarna. Bij infibulatie komen de meeste klachten voor. Vrouwen en meisjes leggen bij eventuele klachten niet vanzelfsprekend het verband met de besnijdenis.

Directe gevolgen tijdens en na de ingreep

- extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt);
- klachten van de urinewegen (pijn bij plassen, ophoping urine in de blaas);
- overmatig bloedverlies;
- kans op infectie (locaal, evt, met abcesvorming, maar ook hepatitis, HIV en tetanus)
- shock
- overlijden

Mogelijke medische gevolgen (op langere termijn) na de ingreep:

- menstratieklachten, m.n. dysmenorroe (dit zie je vaker naarmate de opening kleiner is. Vrouwen ervaren dit niet vaak als een klacht, omdat alle vrouwen in hun omgeving dit hebben).
- moeilijke en/of pijnlijke urinelozing (dit zie je vaker naarmate de opening kleiner is). Vrouwen ervaren dit niet vaak als een klacht, omdat alle vrouwen in hun omgeving dit hebben.
- urineweginfectie (door obstructie bij de mictie). Veel vrouwen zullen een obstructieve mictie vaak als normaal beschouwen.
- chronische pijn in onderbuik;
- chronische infecties, zowel urineweginfecties als vaginaal;
- subfertiliteit;
- littekenvorming met keloïd en huidcysten;
- vaginastenen a.g.v. onvoldoende afvoer/reiniging
- ontstaan van meatusstenose/urethrastenose
- verhoogde kans op hiv-infectie, a.g.v. verwondingen, en dus meer sperma/bloedcontact;
- moeilijk inwendig onderzoek (uitstrijkje).
- moeizame bevalling
- medisch ingrijpen om coïtus en bevalling mogelijk te maken;

Mogelijke psychische en seksuele gevolgen (op langere termijn) na de ingreep:

- angst en depressie
- posttraumatische stressstoornis (PTSS)
- angst voor seksualiteit
- negatieve invloed op seksualiteitsbeleving
- negatieve invloed op de lichamelijke seksuele respons van vrouwen

Recente besnijdenis

Bij de confrontatie met een (jong) meisje met een status na recente besnijdenis dient allereerst zorg te worden gedragen voor acute opvang. Dit zal meestal in eerste instantie door de kinderartsen plaatsvinden met ondersteuning van de gynaecologen en eventueel urologen of plastisch chirurgen. Tevens dient een melding bij het AMK te worden gedaan. Denk er aan ook andere meisjes uit het gezin bij de melding te betrekken. Vraag tevens naar de uitvoerder van de besnijdenis.

Het verdient aandacht om bij zogenaamde specifieke symptomen bij meisjes in de risicoleeftijd na een vakantie aan VGV te denken. Symptomen kunnen zijn: urineweginfecties, buikpijn, hoofdpijn, angst, eetstoornissen, moeilijkheden met lopen, een periode niet mogen gymmen en schoolverzuim.

Status na besnijdenis

Anamnese

Vrouwen leggen zelf niet altijd de relatie tussen hun klachten en VGV. In elk consult bij bovenstaande klachten en complicaties bij een meisje of vrouw die VGV heeft ondergaan, moet daarom de relatie tussen haar klachten en VGV serieus geëxploreerd worden. Een open houding is essentieel om ruimte te creëren voor een gesprek over de klachten en de gevolgen daarvan. Er dient rekening gehouden te worden met de migratie-geschiedenis en herkomst van de betreffende patiënte. Indien er een taalbarrière is, is het aanbevelenswaardig gebruik te maken van gecertificeerde tolken (liefst vrouwelijke tolken) of sleutelpersonen uit de eigen gemeenschap (dit zijn mensen uit de risicogemeenschappen die zich actief inzetten in de voorlichting over meisjesbesnijdenis). Er wordt nagegaan welke psychologische, fysiologische of seksuologische factoren een rol spelen. In het gesprek wordt ook aandacht geschonken aan de eventuele cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale gevolgen van de klachten in het dagelijks leven.

Denk bij het gesprek aan de volgende mogelijke factoren die van invloed kunnen zijn:

- vorm van VGV
- leeftijd waarop een meisje besneden is
- omstandigheden waaronder een VGV is uitgevoerd: met of zonder verdoving, waar?
- overtuiging: hoe denkt het meisje zelf over besnijdenis?
- cultuur op zich: hoe makkelijk praten mensen erover?
- migratie naar landen waar besnijdenis verboden is.
- houding van echtgenoot/partner bij seks
- middelengebruik (o.a. qat)

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

Ten slotte dient er aandacht te worden besteed aan de eventuele dochters van de vrouw, in het kader van risico-inschatting van VGV in de toekomst bij deze kinderen. Er dient betreffende de eventuele dochters laagdrempelig overleg met de aandachtsfunctionaris VGV bij het AMK plaats te vinden.

Onderzoek

Het lichamelijk onderzoek wordt verricht terwijl de patiënte eventueel meekijkt met een spiegel. Patiënte ligt in steensnedeliggings, kinderen liggen op een onderzoekbank, met opgetrokken benen en/of in knie-ellebooghouding. Slechts zelden is het nodig om onder narcose te onderzoeken. Het bezwaar van een narcose is ook dat het kind dan opnieuw de controle kwijt is over de situatie.

Gelet wordt op de aard van de besnijdenis ([zie bijlage 1](#)). Afhankelijk van de klachten van de patiënte wordt gekeken naar de toegankelijkheid van de urethra en vagina, de eventuele aanwijzingen voor een infectie of een littekencomplicatie (keloïd of cysten). Dit wordt vastgelegd in het dossier.

Behandeling

In de acute fase, de besnijdenis heeft recent plaatsgevonden, wordt allereerst zorg gedragen voor de acute medische opvang middels stabilisatie van de patiënte en verzorging van de status localis. Er dient aandacht te zijn voor een onbelemmerde afvoer van urine en mogelijke infectieuze complicaties. Denk ook aan een eventuele tetanus en andere infecties.

Bij een status na besnijdenis langer geleden dient met name gehandeld te worden op geleide van de klachten van patiënte. Het verdient aanbeveling de hulpverleners in uw eigen regio met expertise op dit gebied te kennen om zondig te kunnen verwijzen. Een sociale kaart wordt ontwikkeld door Pharos, en zal t.z.t via de website beschikbaar zijn.

Corrigerende chirurgie kan bestaan uit opheffen van de infibulatie middels incisie in de midline en eventuele plastische correctie. Bij dermoid- of epidermaalcysten verdient het aanbeveling deze open te leggen in plaats van te excideren.

Seksualiteit

Er zijn weinig betrouwbare studies ten aanzien van de effecten van VGV op seksualiteit.

Het is weliswaar duidelijk dat een aanzienlijk percentage besneden vrouwen in verschillende studies aangeeft geen dyspareunie te hebben en een volledige seksuele responscyclus te kunnen doorlopen, inclusief orgasme

[7, 8, 9], maar dit illustreert hoogstens dat seks zonder pijn en een intacte responscyclus door VGV niet per definitie onmogelijk is. De veronderstelling dat een orgasme met VGV niet mogelijk zou zijn berust op de onjuiste veronderstelling dat wegnemen van een zeer klein deel van het vrouwelijk erectiel weefsel, de glans clitoridis, effectieve genitale stimulatie per definitie onmogelijk zou maken.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt consistent dat seksualiteitsbeleving van vrouwen meer wordt bepaald door psychologische, sociale, culturele en religieuze determinanten dan door somatische aspecten van seksueel functioneren. Vrouwen ontwikkelen verschillende ideeën over hun lichaam, seksualiteit etc. afhankelijk van de cultuur waarin zij opgroeien. In een Italiaans onderzoek [9] onder 58 ongetrouwde vrouwen (gem. 22 jaar) die VGV op kinderleeftijd ondergingen, bleek dat deze vrouwen in hun kinderjaren voornamelijk positieve gevoelens omtrent de VGV hadden gehad: gevoelens van compleetheid, van sociale acceptatie, van geliefd worden door de familie etc. Opgroeïend in het Westen veranderden hun positieve ideeën in negatief; zij zagen VGV nu als vrouwelijke mutilatie, zagen zichzelf als slachtoffer van huiselijk geweld en vonden zichzelf niet langer mooi. De meeste VGV vrouwen in deze studie bleken in staat te zijn om een orgasme te bereiken, maar dit vermogen en hun seksueel welbevinden nam af naarmate zij meer werden geconfronteerd met westerse normen en waarden.

Het afnemen van een seksuele anamnese bij besneden vrouwen is onontbeerlijk bij het verlenen van goede zorg. Vrouwen zijn vaak niet op de hoogte dat zij seksuele klachten en/of problemen ook met een gynaecoloog kunnen bespreken en dat deze klachten (indirect) het gevolg kunnen zijn van de besnijdenis. Een eventuele verwijzing naar een seksuoloog NVVS behoort tot de mogelijkheden.

Zwangerschap en bevalling

In het geval van een zwangerschap dient bij vrouwen uit risicolanden communicatie omtrent al dan niet besneden zijn zo spoedig mogelijk op gang te komen. Het verdient aanbeveling tijdens de zwangerschap tijdig (bij voorkeur het 1^e trimester) een lichamelijk onderzoek te verrichten teneinde eventuele belemmeringen voor inwendig onderzoek en baringsbelemmeringen voor de bevalling op te kunnen heffen in het 2^e trimester. Wanneer de opening van de urethra zichtbaar is en wanneer twee vingers de introïtus kunnen passeren zonder pijn, zal de VGV geen grote problemen geven tijdens de bevalling. In gevallen waar de opening dermate klein is dat toucheren tijdens de baring onmogelijk is, is verder openen van het littekenweefsel in 2e trimester aan te bevelen [10].

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

Aan een verzoek van de vrouw om na de bevalling weer opnieuw dichtgemaakt te worden tot de oorspronkelijk situatie van voor de bevalling (her-infibulatie) mag niet tegemoet gekomen worden. Het is van belang dat dit zo mogelijk tijdens de zwangerschap al besproken wordt met patiënte en haar partner.

Registratie

Medio 2010 introduceert de Perinatale Registratie Nederland (PRN) een nieuwe dataset voor de registratie van gegevens van moeder en kind rondom zwangerschap en geboorte. Hiermee zullen verloskundigen en gynaecologen gegevens over VGV kunnen registreren.

Aandachtspunten voor de hulpverlener

Het aanhoren van verhalen over VGV, zeker op regelmatige basis, kunnen voor een individuele hulpverlener confronterend zijn. Het verdient aanbeveling regelmatige intervisie en supervisie te plegen om dit te kunnen hanteren. Voor verwijzing naar ervaren hulpverleners kan contact opgenomen worden met Pharos.

Voor vragen over bepaalde casussen is het ook raadzaam om in de eigen regio laagdrempelig contact op te nemen met de aandachtfunctionaris VGV bij het AMK (dit zijn vertrouwensartsen). Totdat er een sociale kaart beschikbaar is (najaar 2010), zijn bij Pharos lijsten met namen van deze aandachtfunctionarissen beschikbaar. Ook namen van sleutelpersonen uit de risicogemeenschappen zijn aanwezig.

Conclusie

Goede zorg voor meisjes en vrouwen voor en na VGV vereist een zorgvuldige en soms multidisciplinaire samenwerking met aandacht voor medisch-technische, psychische en sociale en culturele aspecten. Een individuele benadering met respect voor de migratiegeschiedenis van de patiënte zal dan ook nodig zijn.

Literatuurlijst

1. WHO. Eliminating Female genital mutilation: an interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008
2. van der Kwaak et al: Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes, Inventarisatie en aanbevelingen, VUmc, 2003
3. Korfker, D., M. Rijnders, S. Detmar (2009). Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van vrouwenbesnijdenis of VGV (vrouwelijke genitale verminking) in de verloskundigenpraktijk in 2008, TNO rapport
4. IGZ Bulletin Vrouwelijke Genitale Verminking, februari 2008.
http://www.igz.nl/32601/2008_IGZ-bulletin_Vrouwelij1.pdf
5. Stouwe, Relinde van der (2007). KNOV standpunt 'Vrouwelijke Genitale Verminking'. Bilthoven
6. Nienhuis, G., M. Hendriks en Z. Naleie (2008). Zware dingen moet je voorzichtig duwen. Achtergronden, gevolgen en aanpak meisjesbesnijdenis. Utrecht/Amsterdam: Stichting Pharos/FSAN. (hoofdstuk 8)
7. Alsibiani SA, Rouzi AA., Sexual function in women with female genital mutilation. Fertil Steril. 2008 Nov 22. [Epub ahead of print]
8. Okonofu F., Larsen U., Oronsaye F., Snow R., Slinger T. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG 2002; 109: 1089-96
9. Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Baldaro Verde, J., Abdulcahir, J., Abdulcahir, D. J.Sex.Med 2007; 4: 1666-1678
10. WHO (1997). Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Uit: KNOV Standpunt, 2007 blz 15
http://www.knov.nl/home/40kwaliteit/11richtlijnen_gedragscodes_en_werkafspraken/94KNOV-standpunten/50vrouw

Verdere informatie vindt u op : <http://www.meisjesbesnijdenis.nl/>

Colofon

© 2010 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Dit modelprotocol is opgesteld door M.C. Vos (NVOG), E.G.C. van Seumeren (NVOG), H. Sachse (AJN), P. Mertens (KAMG), R. de Roode (KNMG), F. Cadée (KNOV), R. van der Stouwe (KNOV), Carolien Pronk (LHV), H. de Jong (NHG), I.M.B. Russel (NVK), R.B. Karim (NVPC), Y. Dubbelman (NVU), B. van Moorst (NVVS), B. Wennekers (NVVS), S. de Vries (VVAK), M.F. Exterkate (Pharos) en vastgesteld door:

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), ALV 4 juni 2010
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), 9 juni 2010
Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), april 2010
Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), april 2010
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst (KNMG), februari 2010
Koninklijke Nederlandse Organisatie Verloskundigen (KNOV), februari 2010
Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS), mei 2010
Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK), december 2009

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)
Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)

Een modelprotocol beschrijft een klinische procedure en vormt een verlengstuk van wetgeving of documenten opgesteld door de NVOG. Incidentele omstandigheden kunnen het onmogelijk maken om aan alle aspecten van een protocol te voldoen. Afwijkingen dienen in een verslag te worden verantwoord.

De geldigheid van dit protocol eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.
Dagtekening 4 juni 2010

NVOG
Postbus 20075
3502 LB Utrecht
<http://www.nvog.nl/>

Disclaimer

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

Bijlagen

Klik voor de bijlagen op subhoofdstukken.

Bijlage 1

[Bijlage 1: Typen Vrouwelijke Genitale Verminking](#)

Bijlage 2

[Bijlage 2: Kaart van Afrika: Risicolanden en prevalentie VGV](#)

Bijlage 3

[Bijlage 3: Juridische aspecten en wetgeving in Nederland](#)

Disclaimer

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