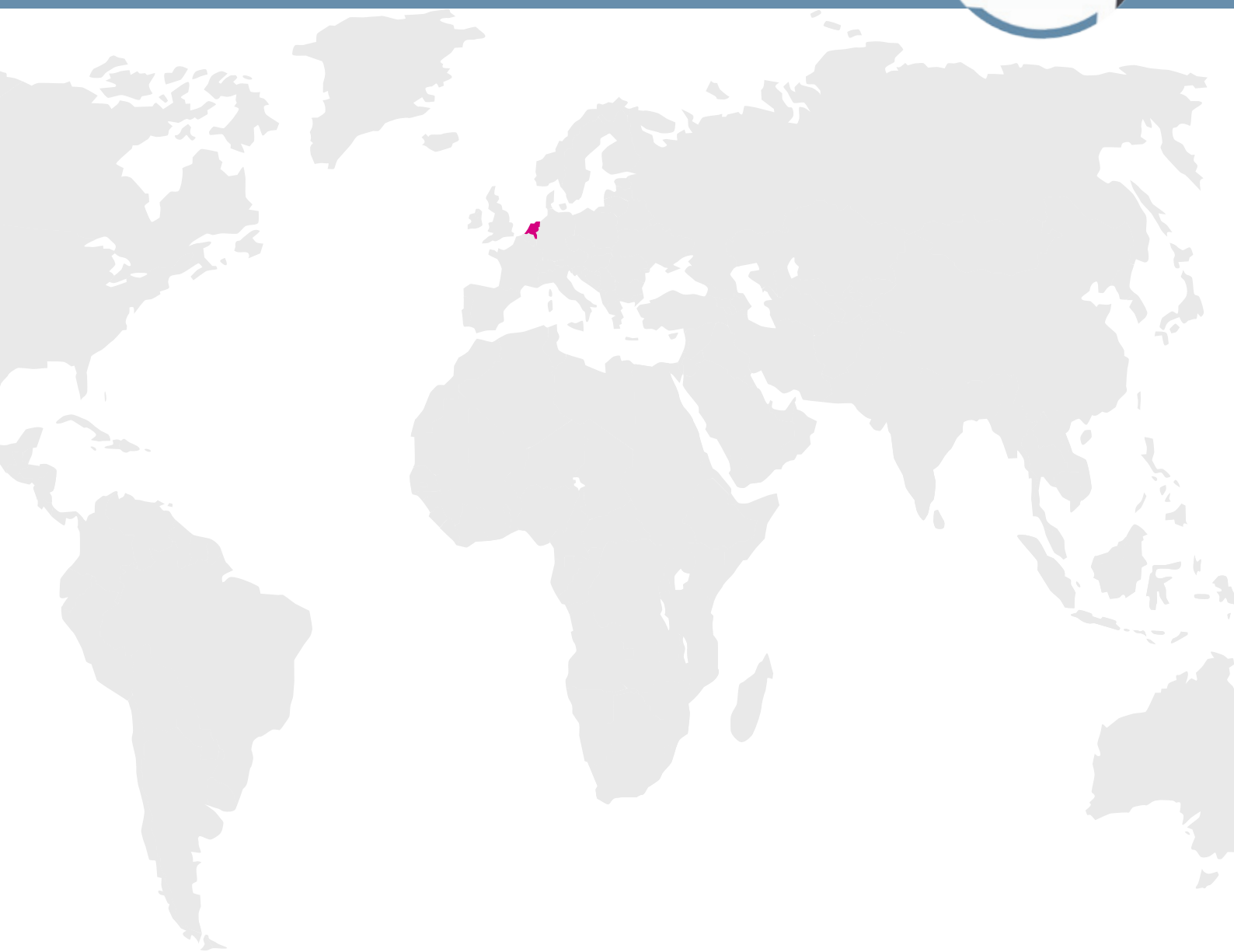


Vrouwelijke Genitale Verminking

Omvang en risico in Nederland

Een
kennis-
synthese



Inhoud

1 Inleiding	3
2 Hoofdstudie: omvang en risico van vrouwelijke genitale verminking in Nederland	4
2.1 Kwantitatieve studie	4
2.2 Kwalitatieve studie	5
3 Prevalentie van vrouwelijke genitale verminking in Nederland: een vergelijking tussen een landelijke survey onder verloskundigen en de extrapolatiemethode	8
4 Vrouwelijke genitale verminking in Indonesië en de kenmerken van de Indonesische populatie in Nederland: een review	10
Referenties	12
Bijlagen	
Aanbevelingen veldpartijen symposium 'Elk meisje telt'	14
Feiten en cijfers vgv	15

1. Inleiding

Vrouwelijke genitale verminking (vgv) is een ingreep aan de vrouwelijke genitaliën zonder medische noodzaak. Deze ingreep loopt uiteen van een inkeping in de clitoris tot de meest invasieve vorm, infibulatie genaamd [1]. Bij infibulatie wordt de vaginale opening vernauwd, met of zonder verwijdering van de externe clitoris en schaamlippen. Vgv weerspiegelt genderongelijkheid en wordt gezien als een schending van kinder-, vrouwen- en mensenrechten. Vgv wordt voornamelijk uitgevoerd in landen in Afrika, het Midden-Oosten en Azië. Naar schatting zijn ruim 200 miljoen meisjes en vrouwen besneden [2] en lopen er nog 68 miljoen het risico om in de periode 2015-2030 besneden te worden [3].

Door migratie uit landen waar vgv voorkomt, is vgv een wereldwijd probleem geworden. In alle Europese landen is de praktijk strafbaar. Vgv is in Nederland strafbaar als vorm van (kinder)mishandeling en huiselijk geweld. Nederland voert een zero-tolerancebeleid: alle vormen van vgv zijn verboden. In Nederland bestaat er een ketenaanpak om deze schadelijke praktijk tegen te gaan. Deze ketenaanpak bestaat uit een combinatie van preventie, wetshandhaving en aandacht voor goede zorg voor vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan [4]. Ter ondersteuning en onderbouwing van deze ketenaanpak is inzicht in de omvang van en het risico op vgv nodig. Daarnaast heeft het Europees Parlement in het kader van het Verdrag van Istanbul lidstaten opgeroepen tot een betere gegevensverzameling van de omvang van alle vormen van geweld tegen vrouwen, waaronder vgv [5].

Nationale prevalentiestudies

In 2012-2013 heeft Pharos in samenwerking met het Erasmus MC onderzoek gedaan naar de omvang en het risico van vgv [6]. Dit onderzoek werd gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Staatssecretaris Van Rijn kondigde op 4 oktober 2016 een tweede studie aan naar omvang en risico van vgv in zijn voortgangsrapportage 'Geweld in afhankelijkheidsrelaties'. Dit tweede onderzoek, tevens gefinancierd door het ministerie van VWS, is door Pharos in samenwerking met het Erasmus MC uitgevoerd in 2018 en 2019. De Rad-

boud Universiteit, de Universiteit Gent en het Koninklijk Instituut voor de Tropen waren vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie. De onderzoeksopzet is voorgelegd aan en goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsings Commissie van het Erasmus MC.

Het onderzoeksproject bestaat uit drie onderdelen: (I) een hoofdstudie naar de omvang en het risico van vgv in Nederland, (II) een studie naar de omvang van vgv in verloskundigenpraktijken, en (III) een review naar de praktijk van vgv in Indonesië en de kenmerken van de Indonesische populatie in Nederland.

Dit rapport geeft een beknopte weergave van de opzet en de resultaten van de drie deelstudies. Tevens benoemt het de aanbevelingen die voortvloeien uit deze studies. In de bijlagen zijn de aanbevelingen van veldpartijen opgenomen ter aanscherping van de Nederlandse ketenaanpak. Zij formuleerden deze aanbevelingen naar aanleiding van de presentatie van de uitkomsten van de hoofdstudie tijdens het symposium 'Elk meisje telt – Symposium vrouwelijke genitale verminking in Nederland – Omvang en risico' op 24 juni 2019.

Van elke deelstudie is een uitgebreid Engelstalig wetenschappelijk artikel in voorbereiding. De opzet en de resultaten van de hoofdstudie zijn beschreven in een uitgebreid rapport, *Vrouwelijke Genitale Verminking: Omvang en risico in Nederland*.

2. Hoofdstudie: omvang en risico van vrouwelijke genitale verminking in Nederland

Dit hoofdstuk geeft een weergave van de opzet en belangrijkste uitkomsten van de hoofdstudie.

2.1 Kwantitatieve studie

Achtergrond

In meerdere landen waar vgv als traditie voorkomt, worden nationale prevalentiegegevens verzameld via de Demographic and Health Surveys (DHS) en Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). DHS (www.dhsprogram.com) en MICS (www.mics.unicef.org) zijn landelijke representatieve surveys onder huishoudens, die een reeks demografische en gezondheidskwesties bestrijken, waaronder vgv. Vrouwen worden onder andere gevraagd of zij en/of hun dochter(s) besneden zijn. Op dit moment zijn in 29 landen representatieve gegevens beschikbaar over de prevalentie van vgv.

In Nederland en andere Europese landen is het uitvoeren van een soortgelijk onderzoek niet haalbaar. Een dergelijk onderzoek is kostbaar en er wordt ernstige onderrapportage verwacht vanwege de strafbaarheid van vgv in Europese landen [7]. In de westerse landen worden daarom secundaire data gebruikt om de omvang en het risico van vgv indirect te bepalen: onderzoeksgegevens afkomstig uit landen van herkomst (DHS en MICS) worden gecombineerd met landelijke censusdata over de vrouwelijke migrantenpopulatie (zie bijvoorbeeld [6, 8–10]).

Deze methode werd voor het eerst in 2012 in Nederland gebruikt om de omvang en het risico van vgv te bepalen. Uit dit onderzoek bleek dat er ongeveer 29.000 meisjes en vrouwen in Nederland woonden die een vorm van vgv hadden ondergaan en dat ongeveer 600 tot 3800 meisjes het risico liepen om in de komende 15 jaar besneden te worden [6].

In het huidige onderzoek is deze methode verfijnd om opnieuw de omvang en het risico van vgv in Nederland te bepalen. Er zijn leeftijds- en regiospecifieke schattingen gedaan voor periodes voor en na de migratie en er is gecorrigeerd voor de mate van acculturatie en de wettelijke en preventieve context in Nederland.

Doel

Het doel van dit onderzoek was om te schatten (I) hoeveel besneden vrouwen er op 1 januari 2018 in Nederland woonden en (II) hoeveel meisjes risico lopen om in de toekomst te worden besneden.

Methode

De onderzoekspopulatie bestond uit vrouwelijke migranten van de eerste ($n = 60.297$) en tweede generatie ($n = 35.291$) die op 1 januari 2018 in Nederland verbleven en die afkomstig waren uit de 29 vgv-prevalentielanden. In deze studie is Indonesië niet geïnccludeerd, omdat Indonesische prevalentiecijfers over volwassen vrouwen ontbreken. Om toch inzicht te krijgen in omvang en risico van vgv in Indonesië is ervoor gekozen om een review uit te voeren naar de praktijk van vgv in Indonesië en de kenmerken van de Indonesische populatie in Nederland (zie hoofdstuk 4). Er is gebruikgemaakt van een extrapolatiemodel om de omvang en het risico van vgv in Nederland te bepalen: de meest recente onderzoeksgegevens afkomstig uit de DHS- en MICS-surveys zijn gecombineerd met gegevens over de vrouwelijke migrantenpopulatie in Nederland. Deze gegevens komen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het gaat om gegevens over de eerste of tweede generatie, het land van herkomst, de geboorteplaats, de datum van vestiging in Nederland en de huidige leeftijd. Het aantal vrouwelijke asielzoekers in de opvang, naar leeftijd en land van herkomst, is afkomstig van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA).

Resultaten

Omvang

- Op 1 januari 2018 woonden er 95.000 meisjes en vrouwen uit vgv-prevalentielanden in Nederland, van wie 37% van de tweede generatie was. Het aantal vrouwelijke migranten uit deze landen is de afgelopen jaren fors gestegen. Besnijdenis in de landen van herkomst gebeurt meestal op jonge leeftijd. Er kan daarom vanuit worden gegaan dat een deel van deze meisjes en vrouwen bij aankomst in Nederland besneden is.

- Van de 95.000 in Nederland woonachtige meisjes en vrouwen uit landen waarover prevalentiecijfers beschikbaar zijn, is naar schatting 43% besneden. Dit zijn bijna 41.000 vrouwen.
- Ongeveer 82% van deze vrouwen komt uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en Irak.
- Van de 41.000 vrouwelijke migranten die besneden zijn, hebben er ongeveer 15.000 hoogstwaarschijnlijk een infibulatie (Type III) ondergaan.
- Zeven op de tien vrouwen die besneden zijn, zijn in de vruchtbare leeftijd van 15-49 jaar. Dit is een belangrijke doelgroep voor de zorg.

Risico

- Naar schatting lopen in de komende twintig jaar 4200 van de 38.000 meisjes in de leeftijd van 0-19 het risico om besneden te worden.
- Het aantal meisjes van de eerste generatie dat een risico op vgv loopt, bedraagt 394 (9%). Dit getal is

een reflectie van de lage immigratie van jonge meisjes in de afgelopen jaren.

- Meisjes van de tweede generatie die het risico op vgv lopen, komen voornamelijk uit de volgende vijf landen: Somalië (45%), Egypte (15%), Ethiopië (8%), Sierra Leone (8%) en Guinee (6%).
- Voorspeld wordt dat in de komende vijf jaar 1677 meisjes (335 per jaar) een risico op vgv lopen, en in de vijftien jaar daarna nog eens 2514 (168 per jaar).

Conclusie en aanbevelingen

De bevindingen uit deze studie tonen aan dat aandacht voor preventie van vgv en zorg voor vrouwen die besneden zijn, onverminderd belangrijk blijft in Nederland. Vrouwen die al besneden zijn hebben mogelijk zorg nodig en meisjes die risico lopen op vgv in de nabije toekomst dienen benaderd te worden met preventieve en beschermende maatregelen.

Preventie

- Om het aantal meisjes dat risico loopt goed te kunnen monitoren, is het nodig dat landelijke geaggregeerde **data** gemakkelijk uit de **registratiesystemen** te halen zijn, en dat de registratie door jeugdgezondheidsorganisaties (JGZ) en Veilig Thuis eenduidig gebeurt. Het was in deze studie niet mogelijk om cijfers te valideren met geaggregeerde data vanuit JGZ-systemen, omdat deze registratie onvolledig bleek.
- Het is wenselijk dat er in het registratiesysteem van de JGZ een **waarschuwing/taaktrigger** wordt opgenomen indien een meisje binnen de risicogroep valt. Daarnaast wordt sterk aanbevolen om het invullen van het onderdeel vgv bij meisjes uit de prevalentielanden in dit systeem **verplicht** te stellen.

Zorg

- Om vrouwen van goede zorg te kunnen voorzien, zijn de juiste medische expertise en vaardigheden op het gebied van cultuursensitieve zorg nodig, gezien de gevoeligheid van het onderwerp. Inmiddels is de leidraad 'Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV)' verschenen [11]. Brede **implementatie** van deze **leidraad** in beroepsopleidingen, nascholingen en instellingen zal tot een verbetering van de zorg leiden.
- Meer **inzicht** in de **zorgbehoeften** van vrouwen kan bijdragen om deze groep van de juiste zorg te voorzien.

Monitoring

Aanbevolen wordt dat beleidsmakers en andere betrokkenen een systeem voor **monitoring en evaluatie** opnemen in hun actieplannen om het bereik en de effectiviteit van maatregelen te evalueren.

2.2 Kwalitatieve studie

In het kader van de studie naar de omvang en het risico van vgv is ook een kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

Doel

Doel van het kwalitatieve onderzoek was het in kaart brengen van de risicofactoren van vgv in een migratie-context.

Methode

Er zijn zeven focusgroepdiscussies (n = 50) en vijf interviews gehouden met vrouwen en mannen uit de doelgroep van de eerste en tweede generatie. De deelnemers werden geworven in samenwerking met de Federatie van Somalische Associaties Nederland (FSAN). Deelnemers waren afkomstig uit Eritrea, Somalië, Soedan, Egypte, Ethiopië, Togo, Irak, Sierra Leone en Guinee. De interviewgids en topiclijst voor de focusgroepen is ontwikkeld op basis van de theorie van gepland gedrag [12]. De gespreksonderwerpen hadden onder meer betrekking op de determinanten kennis, houding ten opzichte van vgv, (ervaren) sociale druk en de intentie om dochters te besnijden.

Resultaten

Uit de kwalitatieve gegevens blijkt het volgende:

- De relatie tussen kennis, houding, gedrag en de intentie om vgv in migratiecontext uit te voeren is vrij complex. Er is nog weinig inzicht in hoe deze factoren elkaar beïnvloeden.
- Bijna alle deelnemers waren op de hoogte van de mogelijke gevolgen van een besnijdenis. Door deze kennis over de relatie tussen gezondheidsklachten en vgv zijn veel mensen terughoudend om vgv uit te voeren.
- Volgens de deelnemers is de houding ten opzichte van vgv bij mensen in de gemeenschap mogelijk deels veranderd sinds hun migratie naar Nederland. Deze veranderende houding is onder andere afhankelijk van de verblijfsduur. Dus naarmate men langer in Nederland is, lijkt men minder positief over vgv te denken.
- Als vgv in Nederland niet verboden zou zijn, dan zou volgens de deelnemers een deel van de mensen

in hun gemeenschap overwegen om hun dochters in 'lichte' vorm te besnijden om trouw te blijven aan hun cultuur. Deelnemers hadden zelf niet de intentie om hun dochters te laten besnijden, en dachten dat anderen in hun gemeenschap dankzij de wetgeving en preventie- en kinderschermingsmaatregelen ook niet daadwerkelijk zouden overgaan tot het besnijden van hun dochters.

- Hierbij moet opgemerkt worden dat een deel van de mensen ook anders is gaan denken over vgv, losstaand van het bestaan van wetgeving, preventie en beschermende maatregelen.
- Meerdere deelnemers ervoeren onduidelijkheid over de wetgeving rondom vgv in Nederland; bijvoorbeeld of alle vormen van vgv in Nederland verboden zijn en wat de precieze straf behelst bij overtreding van de wet.
- De meeste deelnemers hebben op enig moment sociale druk ervaren om hun dochter te laten besnijden, vooral vanuit het land van herkomst. Bij sommige ouders heerst de angst dat ze de sociale druk niet kunnen weerstaan als ze hun land van herkomst bezoeken. Ze zijn bang dat ze hun dochters mogelijk niet kunnen beschermen tegen de sociale druk om een besnijdenis uit te voeren.
- Tot slot bleek dat de deelnemers vgv en eraan gerelateerde onderwerpen, waaronder seksualiteit, nauwelijks met hun partners en kinderen hadden besproken. Dit bleek ook duidelijk uit de focusgroep met meisjes van de tweede generatie. Zij hadden voorafgaand aan het gesprek nauwelijks kennis over vgv.

Conclusie en aanbevelingen

Uit het kwalitatieve onderzoek komen de volgende determinanten naar voren die het risico op vgv beïnvloeden:

- duur van het verblijf in Nederland;
- sociale druk;
- kennis over wetgeving en (gezondheids)risico's van vgv;
- houding ten opzichte van vgv.

Deze determinanten beïnvloeden het risico voor meisjes om besneden te worden. Hierbij moet worden opgemerkt dat het risico voor een deel van de meisjes pas

echt reëel wordt wanneer zij het land van herkomst bezoeken. In een migratiecontext is de relatie tussen kennis, houding en gedrag ten opzichte van vgv complex en niet-lineair. Een deel van de deelnemers ervaart

sociale druk en heeft in beperkte mate kennis over de wetgeving over en de gezondheidsrisico's van besnijdenis. Dit is vooral zichtbaar bij de deelnemers die vrij kort in Nederland zijn.

Voorlichting

- Er dient voorlichting beschikbaar te zijn voor mannen en vrouwen uit landen waar vgv voorkomt over **wetgeving** in Nederland, de **medische gevolgen** van vgv, hoe te handelen wanneer zij vermoedens van **dreiging** hebben, en mogelijkheden voor **zorg**.
- Naast 'kennis'-overdracht dient er aandacht te zijn voor het oefenen in het **omgaan met sociale druk** om dochters te laten besnijden.
- Voorlichting dient ook als doel te hebben het stimuleren van **ouder-kindgesprekken** en het betrekken van **mannen** en jongens bij dit thema.
- Voorlichting dient zich te richten op de gemeenschap die al langere tijd in Nederland is, maar ook op mensen die **recent** in Nederland zijn komen wonen.
- Verandering in attitudes en gedragsveranderingen vragen tijd en zijn onder andere afhankelijk van de duur van het verblijf in Nederland. Dat pleit voor **herhaling van voorlichtingsboodschappen**. Voorlichting dient zowel bij binnenkomst in Nederland, als bij vestiging in de gemeente beschikbaar te zijn.
- **Sleutelpersonen vgv** kunnen samen met professionals een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen en aanbieden van voorlichting en het oefenen van vaardigheden, zoals het omgaan met sociale druk.
- Overwogen kan worden om het **thema vgv in te bedden** binnen bestaande programma's gericht op inburgering en voorlichting over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten.

3. Prevalentie van vrouwelijke genitale verminking in Nederland: een vergelijking tussen een landelijke survey onder verloskundigen en de extrapolatiemethode

Achtergrond

Meerdere gezondheidsrisico's worden met vgv in verband gebracht, zoals urineweginfecties, bacteriële vaginose, pijnlijke geslachtsgemeenschap en obstetrische complicaties [13]. Ook (blijvende) psychische schade kan een gevolg zijn van vgv. Zorgverleners in de perinatale zorg zijn vaak vooral bezorgd over het risico op complicaties tijdens de bevalling van vrouwen die zijn besneden [14].

Met de toegenomen migratie uit landen waar vgv uitgevoerd wordt, is de prevalentie in het Westen toegenomen en wordt verwacht dat meer zorgverleners deze vrouwen zorg zullen gaan verlenen. Mede om deze vrouwen de juiste zorg te kunnen bieden, is het van belang inzicht te hebben in de prevalentie van vgv in de Nederlandse zorgpraktijk.

Zoals in hoofdstuk 2 staat beschreven, wordt in westerse landen veelal gebruikgemaakt van extrapolatie van data over vgv uit de landen van herkomst naar de populatie in het vestigingsland. Een andere manier voor het schatten van de prevalentie van vgv is het gebruik van vragenlijsten onder zorgverleners, waarbij gevraagd wordt naar de waargenomen prevalentie in hun beroepspraktijk (zie bijvoorbeeld [15, 16]). Hoewel de extrapolatiemethode een compleet beeld geeft van vgv in het vestigingsland, kunnen de aantallen enigszins onder- of overschat zijn [17]. Om de uitkomsten van de extrapolatiemethode te kunnen valideren, is er ervoor gekozen om de omvang van vgv ook direct te schatten. In het huidige (deel)onderzoek is de omvang van vgv in verloskundigenpraktijken daarom zowel direct als indirect geschat.

Doel

Het doel van deze deelstudie is het bepalen van de prevalentie van vgv bij vrouwen die tijdens hun zwangerschap, bevalling en/of kraambed verloskundige zorg heeft ontvangen.

Methode

Directe schatting

Om de prevalentie van vgv in verloskundigenpraktijken te bepalen, is er gebruikgemaakt van een retrospectief

onderzoeksdesign. In nauw overleg met beroepsvereniging KNOV zijn 503 verloskundigenpraktijken via een brief uitgenodigd om deel te nemen aan deze studie. 319 praktijken hebben de vragenlijst volledig ingevuld teruggestuurd (respons van 63,4%). De vragenlijst bevatte vragen over (I) het aantal vrouwen dat in 2018 zorg heeft ontvangen tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambed, (II) het aantal vrouwen met vgv dat zorg heeft ontvangen, en (III) het aantal vrouwen dat infibulatie (Type III) heeft ondergaan. Om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen werd gevraagd of de verloskundigen zeker waren van hun antwoorden en of zij het hadden nagekeken in hun archief. Veel praktijken bleken echter niet in staat om dit in hun archief te controleren.

Indirecte schatting

Om de verwachte prevalentie van vgv te schatten bij vrouwen die in Nederland zijn bevallen, is het extrapolatiemodel gebruikt (zie hoofdstuk 2). Er is gebruikgemaakt van geboortecijfers van het CBS en van prevalentiegegevens uit de landen van herkomst. De analyse is uitgevoerd over een groep van 3816 vrouwen uit risicolanden die in Nederland zijn bevallen.

Resultaten

Directe schatting

- In totaal hebben 96.932 vrouwen uit prevalentielanden in 2018 zorg ontvangen van 319 verloskundigenpraktijken in Nederland. Ongeveer 53% van deze praktijken (168) hebben gerapporteerd zorg te verlenen aan vrouwen die vgv hebben ondergaan.
- In totaal zijn er 523 gevallen van vgv gerapporteerd. Dit resulteert in een prevalentie van 0,54% (95% betrouwbaarheidsinterval 0,536 – 0,543%) onder alle vrouwen die zorg hebben ontvangen tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambed.
- In ongeveer 32% van de 523 vgv-gevallen ging het volgens de verloskundigen om infibulatie.

Indirecte schatting

- Van de 3816 vrouwen uit risicolanden die in 2018 zijn bevallen hebben er naar schatting ongeveer 2614 vgv ondergaan. Van deze vrouwen heeft ongeveer 40% infibulatie ondergaan.
- Daarmee is de verwachte prevalentie van vgv geschat op 1,55%. Dit ligt een stuk hoger dan de prevalentie van 0,54% in verloskundigenpraktijken in Nederland.

Het verschil in prevalentie tussen beide methoden is te verklaren door een aantal factoren. De prevalentie van vgv in de verloskundigenpraktijken is mogelijk onderschat. Ten eerste heeft ongeveer 33% van de verloskundigenpraktijken niet deelgenomen aan deze studie. Ten tweede hebben de verloskundigen vgv-typen I, II en IV wellicht niet waargenomen en daarom niet gerapporteerd. Tot slot is het ook mogelijk dat besneden vrouwen voor de baring verwezen zijn naar de tweede lijn voordat zij geïnspecteerd konden worden door een verloskundige.

Er is tevens geprobeerd om de omvang van vgv prospectief te bepalen. De prospectieve opzet hield in dat zorgverleners in de tweede lijn gevallen van besnijdenis zouden registreren, waarbij zij de gegevens zouden aanvullen met persoonsgegevens van de vrouw, zoals leeftijd, land van herkomst, pariteit en aankomstdatum in Nederland. Daarnaast zouden zij het type besnijdenis nauwkeurig bepalen en vastleggen. De uiteindelijke analyse zou gebaseerd zijn op de perinatale registratie in PERINED.

Om dit te realiseren is er een pilot gestart van zeven trainingen voor zorgverleners in de tweede lijn, onder wie klinisch verloskundigen en gynaecologen. In zeven

ziekenhuizen hebben ongeveer 110 zorgverleners de training gevolgd. Zorgprofessionals kregen informatie over vgv in een migratiecontext, gevolgen voor de gezondheid, prevalentie, en registreren en classificeren van vgv in het medisch dossier.

In de loop van het onderzoek (voortschrijdend inzicht) bleek dat de medische dossiers niet optimaal zijn ingericht om vgv-items te registreren. Hierdoor had onder-rapportage kunnen ontstaan van het aantal vgv-gevallen in de perinatale registratie. Na dit inzicht is besloten de prospectieve studie te stoppen.

Conclusie en aanbevelingen

Zorg voor besneden vrouwen tijdens hun zwangerschap, bevalling of kraambed, en preventie van vgv blijven belangrijk.

Het was in deze studie, evenals in de eerste studie naar de omvang en het risico van vgv, niet mogelijk om betrouwbare geaggregeerde data aan PERINED te ontlenen, omdat de registratie onvolledig was. Een betrouwbare registratie is belangrijk voor validatie van directe en indirecte schattingen van de prevalentie van vgv in Nederland. Daarnaast geeft registratie inzicht in de omvang van het aantal besneden vrouwen dat in zorg is. Gegevens uit registratiesystemen zijn uiteraard pas betrouwbaar als zorgverleners in de perinatale zorg in staat zijn om besnijdenis en type besnijdenis correct te registreren. Professionals in de eerste en tweede lijn hebben behoefte aan meer kennis over de achtergrond van vgv, de gezondheidscomplicaties ervan en over cultuursensitieve zorg.

Registratie

- Registratiesystemen voor de eerste- en tweedelijnszorg dienen **geoptimaliseerd** te worden en de registratie van vgv dient daarin een verplicht item te worden.
- De betrokken beroepsverenigingen en PERINED dienen met elkaar in gesprek te gaan over de **gewenste typologie van vgv** en de mogelijkheden voor optimalisatie van de registratiesystemen.

Kennis en expertise professionals

Het is aan te bevelen om de recent verschenen **leidraad** voor medische zorg in gezondheidszorgopleidingen te **implementeren**, actief te verspreiden binnen de betrokken beroepsgroepen en aan te bieden tijdens bij- en nascholingen.

4. Vrouwelijke genitale verminking in Indonesië en de kenmerken van de Indonesische populatie in Nederland: een review

Achtergrond

Indonesië is een van de landen waar vgv voorkomt. In Indonesië zijn de landelijke representatieve data over vgv alleen beschikbaar voor meisjes in de leeftijd van 0 tot 11 jaar [18, 19]. Hierdoor is het niet mogelijk om de omvang en het risico van vgv onder vrouwelijke migranten uit Indonesië te bepalen met behulp van de extrapolatiemethode.

Vgv onder de Indonesische populatie in Nederland is niet eerder onderzocht, behalve in een eerdere quickscan van Pharos [20]. Uit dit verkennend onderzoek bleek dat besnijdenis bij vrouwen en meisjes met een Indonesische achtergrond die in Nederland wonen voorkomt. Met het voorbehoud dat bij veel vrouwen een meer symbolische handeling plaatsgevonden heeft waarvan niet duidelijk is in hoeverre er sprake is van een besnijdenis (in de vorm van weefselverwijdering). Deze uitkomsten moeten met grote voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat slechts een zeer kleine onderzoekspopulatie in deze studie was geïncludeerd.

Doel

Voor het toepassen van de extrapolatiemethode is het belangrijk dat de relevante populatie zo zorgvuldig mogelijk wordt geselecteerd (zie bijvoorbeeld [8, 9]). De uitkomsten van dit onderzoek kunnen als basis dienen voor het selecteren van de juiste populatie om de omvang en het risico van vgv onder vrouwelijke migranten uit Indonesië te bepalen. Doel van deze review was dan ook om: (I) de prevalentie en determinanten van vgv in Indonesië te beschrijven, en (II) de socio-demografische kenmerken van de migranten uit Indonesië in Nederland weer te geven.

Methode

In 2019 is in de databases van PubMed, Web of Science en Google (Scholar) gezocht naar relevante literatuur ter beantwoording van de onderzoeksvragen. Inclusiecriteria waren studies in het Engels en Nederlands. Daarnaast is er een aantal experts in Nederland en in Indonesië benaderd om op de bevindingen te reflecteren. Het CBS heeft microgege-

vens verstrekt over op 1 januari 2018 in Nederland verblijvende migranten uit Indonesië, naar generatie, geboorteplaats, datum van vestiging in Nederland en huidige leeftijd. Onderzoekspopulatie: in de huidige review is de definitie van het CBS gehanteerd: het geboorteland van de ouders staat centraal bij het bepalen van de migratieachtergrond. Bij mensen met een Nederlandse achtergrond zijn beide ouders in Nederland geboren. Bij mensen met een Indonesische achtergrond is minstens één ouder in Indonesië geboren. Iemand die zelf ook in Indonesië is geboren behoort tot de eerste generatie. Iemand van de tweede generatie is in Nederland geboren en heeft ten minste één ouder die in Indonesië is geboren [21].

Resultaten

Vrouwelijke genitale verminking in Indonesië

Vgv is voor het eerst in de zeventiende eeuw in Indonesië gedocumenteerd, maar de omvang van de praktijk is tot op heden niet grondig onderzocht [22]. Ondanks pogingen daartoe is het tot op heden niet gelukt om de praktijk in Indonesië te verbieden [18].

Vgv is in 2013 in het nationale gezondheidsonderzoek van Indonesië opgenomen. Uit de resultaten blijkt dat van de meisjes tot 11 jaar ongeveer 49% is besneden [18, 19]. Tussen 2015 en 2030 lopen er naar schatting ongeveer 15 miljoen meisjes in het land het risico om besneden te worden [3]. In Indonesië zijn Type I (clitoridectomie) en Type IV (overige vormen) de gebruikelijke vormen van besnijdenis. De meeste (83%) meisjes zijn besneden in hun eerste levensjaar en de besnijdenis wordt meestal uitgevoerd door zorgverleners of traditionele snijders [18]. De redenen voor het uitvoeren van vgv lopen uiteen van het onderdrukken van seksuele verlangens tot de perceptie dat vgv een religieuze verplichting is. Op dit moment behoort religie tot de meest belangrijke determinanten van vgv in Indonesië [18, 23–25]. Sinds de opmars van de fundamentalisten vanaf eind jaren negentig, lijkt vgv te veranderen van een 'traditie' naar een 'religieuze verplichting'. Volgens de Indonesische

Raad van Ulama (de grootste moslimorganisatie in het land) is meisjesbesnijdenis verplicht. Zij adviseren echter 'niet te veel' te snijden. In 2010 heeft het ministerie van gezondheid een richtlijn ontwikkeld: zorgverleners mogen besnijden, maar alleen op een 'veilige manier', zonder schade aan te richten aan de genitaliën [18].

De Indonesische populatie in Nederland

In het kader van de dekolonisatie van Indonesië kwamen veel migranten in verschillende migratiegolven vanuit Indonesië naar Nederland. De groep bestond uit Europeanen, gemengd Europees-Indische mensen en mensen die niet tot de Europese bevolking werden gerekend (inheemse bevolking). De beperkte literatuur laat zien dat een groot deel van de migrantenpopulatie zich sterk met Nederland heeft geïdentificeerd en het christelijke geloof aanhangt. Er vinden veel gemengde huwelijken plaats [26]. De breuk in migratiegeschiedenis tussen Indonesië en Nederland komt duidelijk tot uiting in de migratiecijfers sinds eind jaren zestig, met vanaf die periode zeer lage cijfers. Vanaf die tijd gaat het om ongeveer 1000 immigranten per jaar. De meesten zijn studenten, gezinsherenigers en arbeidsmigranten. De belangrijkste socio-demografische en culturele kenmerken van deze populatie (bijvoorbeeld tradities, etniciteit, geloofsovertuiging, regio van afkomst) worden in de beschikbare literatuur niet beschreven, terwijl deze kenmerken juist geassocieerd zijn met het wel of niet praktiseren van vgv. Uit een eerdere quickscan van Pharos bleek dat er

signalen zijn dat vgv onder de Indonesische gemeenschap voorkomt, mogelijk alleen in symbolische vorm. Deze review heeft daar geen nader uitsluitsel over kunnen bieden. Er is enig bewijs beschikbaar dat veronderstelt dat de praktijk van vgv afneemt wanneer vrouwen uit vgv-prevalentielanden naar westerse landen migreren. Met name als zij zich verbonden voelen met het vestigingsland [27–31]. Op dit moment wonen er ongeveer 362.000 migranten uit Indonesië in Nederland, van wie 72% van de tweede generatie is en 52% vrouw is. Een meerderheid van de eerste generatie heeft zich tussen 1948 en 1967 in Nederland gevestigd. Gemengde paren van personen met een Indonesische achtergrond en personen met een Nederlandse achtergrond komen vaak voor: ongeveer 74% van de mensen met een Indonesische achtergrond heeft een relatie met iemand met een Nederlandse achtergrond.

Conclusie en aanbevelingen

De beperkte literatuur beschrijft de migratiegolven en migratiemotieven van mensen met een Indonesische achtergrond in Nederland. De socio-demografische kenmerken van deze populatie in relatie tot vgv worden echter niet beschreven. Ook de gesproken experts hadden geen kennis over het vóórkomen van vgv in de Indonesische gemeenschap in Nederland, terwijl een eerdere quickscan van Pharos signaleert dat vgv wel onder de Indonesische gemeenschap voorkomt, mogelijk alleen in symbolische vorm. Deze review heeft daar geen nader uitsluitsel over kunnen bieden.

Preventie

- Omdat niet uitgesloten kan worden dat vgv onder meisjes met een Indonesische achtergrond voorkomt, dient Indonesië opgenomen te worden in de **lijst met landen** waarop de **JGZ** haar preventiebeleid baseert.
- Het is aanbevelenswaardig om **sleutelpersonen** met een Indonesische achtergrond op te leiden om vgv in de gemeenschap bespreekbaar te maken.

Zorg

Sleutelpersonen vgv kunnen een rol hebben in het **toeleiden** van besneden vrouwen naar vormen van (laagdrempelige) zorg.

Onderzoek

Omvang en risico van vgv onder de Indonesische gemeenschap in Nederland kan alleen in beeld worden gebracht met een **directe schatting**. Om een dergelijke studie te kunnen uitvoeren, dient zorgvuldig nagedacht te worden over de opzet en haalbaarheid.

Referenties

- 1 World Health Organization. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement-OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO. Geneva, Switzerland; 2008. http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf.
2. UNICEF. Female Genital Cutting: A Global Concern. New York, USA; 2016. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/04/FGMC-2016-brochure_250.pdf.
3. United Nations Population Fund. Bending the Curve: FGM Trends We Aim To Change. 2018. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/18-053_FGM-Infographic-2018-02-05-1804.pdf.
4. Pharos. The Dutch chain approach. <https://www.pharos.nl/english/female-genital-mutilation/the-dutch-chain-approach/>.
5. Council of Europe. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe Treaty Series. 2011;;25. <https://rm.coe.int/168008482e>.
6. Exterkate M. Female Genital Mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. Utrecht, the Netherlands; 2013. https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Female_Genital_Mutilation_in_the_Netherlands_Rapport_Pharos.pdf.
7. Leye E, Mergaert L, Arnaut C OGS. Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: interpreting existing evidence in all EU Member States. *Genus*. 2014;1:99-121.
8. Ziyada MM, Norberg-Schulz M, Johansen REB. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: An extrapolation model *Global health*. BMC Public Health. 2016;16:1-12. doi:10.1186/s12889-016-2794-6.
9. European Union. European Institute for Gender Equality. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta: Report. 2018. doi:10.2839/655910.
10. Dubourg D, Richard F, Leye E, Ndam S, Rommens T, Maes S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2011;16:248-57.
11. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV). 2019; november.
12. Ajzen I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: *Action Control: From Cognition to Behavior*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 1985.
13. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4:1-12.
14. Berg RC, Underland V. The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstet Gynecol Int*. 2013;2013:1-8.
15. Korfker DG, Reis R, Rijnders MEB, Asperen SM, Read L, Sanjuan M, et al. The lower prevalence of female genital mutilation in the Netherlands : a nationwide study in Dutch midwifery practices. 2012:413-20.
16. Kangoum AA, Flodin U, Hammar M, Sydsjö G. Prevalence of female genital mutilation among African women resident in the Swedish county of Östergötland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:187-90.
17. Ortensi LE, Farina P, Leye E. Female genital mutilation/cutting in Italy : an enhanced estimation for first generation migrant women based on 2016 survey data. 2018:1-10.
18. UNICEF. Indonesia: statistical profile on Female Genital Mutilation. New York, USA; 2019. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Indonesia/FGM_IDN.pdf.
19. Indonesia Agency of Health Research And Development. Basic Health Research: RISKESDAS 2013. 2013.
20. Vloeberghs E. Over de wortel en het mes: Meisjesbesnijdenis onder Indonesische vrouwen in Nederland - een quickscan. Utrecht, the Netherlands; 2015.

21. Generations: definition.
<https://www.cbs.nl/en-gb/our-services/methods/definitions?tab=g#id=generation--migration-background-->.
 Accessed 1 May 2019.
22. Feillard A, Marcoes L. Female Circumcision in Indonesia: To “Islamize” in Ceremony or Secrecy. *Archipel*. 2016;56
 Volume I:337–67.
23. Budiharsana M, Lila Amaliah, Utomo B, Erwinia. Female Circumcision in Indonesia: Extent, Implications and Possible
 Interventions to Uphold Women’s Health Rights. Jakarta, Indonesia; 2003.
24. Putranti B, Faturochman, Darwin M, Purwatiningsih S. Male and female genital cutting among Javanese and Madurese.
 2003.
25. Putranti B. To Islamize, Becoming a Real Woman or Commercialized Practices? Questioning Female Genital Cutting
 in Indonesia. *Finnish J Ethn Migr*. 2008;3:23–31.
26. Imhoff E van, Beets G. A Demographic History of the Indo-Dutch Population, 1930 – 2001. 2004;21.
27. Johnsdotter S. Persistence of tradition or reassessment of cultural practices in exile? Discourses on female
 circumcision among and about Swedish Somalis. In: Hernlund YL., Shell-Duncan B., editors. *Transcultural Bodies:
 Female genital cutting in global context*. 2007:107–134.
28. Gele AA, Johansen EB, Sundby J. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among
 Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*. 2012;12:1. doi:10.1186/1471-2458-12-697.
29. Gele AA, Sagbakken M, Kumar B. Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on
 attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *Int J Womens Health*. 2015;7 November:933–43.
30. Gele AA, Kumar B, Hjelde KH, Sundby J. Attitudes toward female circumcision among somali immigrants in Oslo:
 A qualitative study. *Int J Womens Health*. 2012;4:7–17.
31. Johnsdotter S, Moussa K, Carlborn A, Aregai R, Essen B. “never my daughters”: A qualitative study regarding attitude
 change toward female genital cutting among ethiopian and eritrean families in Sweden. *Health Care Women Int*.
 2009;30:114–33.

Bijlagen

Symposium 'Elk meisje telt'

Op 24 juni 2019 presenteerde Pharos in samenwerking met Erasmus MC en het Koninklijk Instituut voor de Tropen de kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten van de hoofdstudie in Theater de Vaillant in Den Haag. Na de plenaire presentatie en reflectie op de uitkomsten door de Directeur Jeugd van het ministerie van VWS, volgden deelsessies waarin de aanwezigen uiteengingen om voor de vier pijlers van de Nederlandse ketenaanpak verbeterpunten te benoemen: preventie, zorg, wetshandhaving en kennis. Hieronder staat een weergave van de belangrijkste uitkomsten van deze deelsessies.

Preventie

Voor een effectieve preventie van vgv is het van belang voldoende voorlichting te (blijven) geven. Het volledige netwerk van hulpverleners, ouders, sleutelpersonen, professionals en mannen en vrouwen uit praktiserende gemeenschappen, moet kennis hebben van vgv en hoe met dit onderwerp om te gaan zodat vgv voorkomen kan worden. Sleutelpersonen spelen hierin een belangrijke rol. Het is daarom van belang dat er voldoende sleutelpersonen getraind en ingezet blijven worden en dat zo veel mogelijk aangesloten wordt bij bestaande regionale netwerken. Bovendien is het voor een effectieve preventie belangrijk dat alle betrokken partijen/ketenpartners nauw samenwerken en overleggen om vgv te kunnen voorkomen. Om dit te bewerkstelligen is de beschikbaarheid van voldoende tijd van belang.

Zorg

Een belangrijk aspect dat bijdraagt aan een betere zorg voor vrouwen die vgv hebben ondergaan is de beschikbaarheid van tijd van zorgverleners. Het hebben van meer tijd biedt de mogelijkheid om de cliënt voldoende aandacht te geven en een vertrouwensband op te bouwen die van belang is voor een goede behandeling. Om deze tijd te creëren, is de beschikbaarheid van financiële middelen van belang. Ook geldt voor een tolk draagt bij aan betere zorg door middel van een goede informatieoverdracht. Een ander belangrijk aspect is het

gebrek aan kennis en vaardigheden met betrekking tot signalering, behandeling en verwijzing bij vgv. Hierdoor weten zorgverleners vaak niet hoe te handelen. Het is van belang zorgverleners kennis te verschaffen, zodat vgv gesignaleerd en behandeld kan worden.

Wetshandhaving

Om taken in de juridische keten van vgv goed uit te kunnen voeren, is het belangrijk dat de gehele keten op elkaar afgestemd is. Het is van belang dat de spelers in de keten, inclusief de Immigratie- en Naturalisatiedienst, bewust zijn van het voorkomen van vgv en kennis hebben van hetgeen de praktijk inhoudt. Ook het delen van informatie en onderling contact draagt bij aan het goed uitvoeren van taken binnen de juridische keten. Ook zijn hiervoor goede ambtsberichten nodig met de juiste informatie van de ernst van vgv in de landen van herkomst. Deze zijn ook belangrijk voor een juiste juridische procedure.

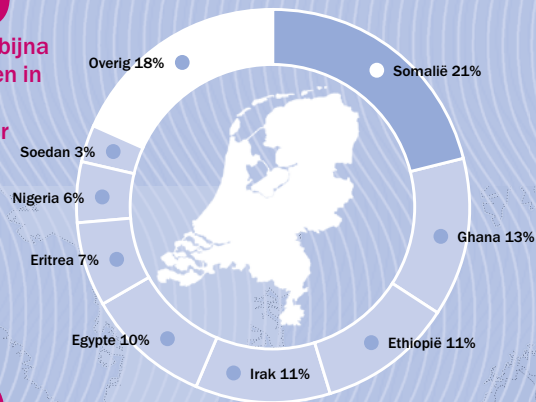
Kennis/onderzoek

Zorgprofessionals hebben behoefte aan meer inzicht in de behoefte van de betreffende meisjes en vrouwen, hun achtergrond met betrekking tot vgv en hoe zij de huidige zorg ervaren. Daarbij is het van belang te weten of huisartsen voldoende bekend zijn met vgv en dit ook voldoende kunnen signaleren.

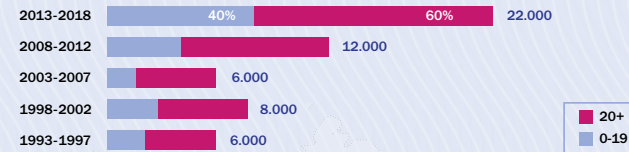
Er is behoefte aan meer inzicht in de houding, kennis en intenties ten opzichte van vgv van de tweede generatie, dus de dochters en zonen van mensen afkomstig uit vgv-prevalentielanden.

95.000

Op 1 januari 2018 wonen bijna 95.000 meisjes en vrouwen in Nederland, afkomstig uit een van de 29 landen waar VGV-prevalentie-cijfers van beschikbaar zijn



Aantal eerste generatie vrouwelijke migranten afkomstig uit 29 prevalentie landen naar periode van aankomst en leeftijd bij aankomst in Nederland



In de periode van 2013-2018 zijn er ongeveer 22.000 vrouwelijke migranten uit 29 prevalentie landen naar Nederland gekomen (figuur boven). Daarnaast zijn er in deze periode ongeveer 8.000 meisjes in Nederland geboren met tenminste één ouder afkomstig uit een van deze landen.

41.000

van 95.000 vrouwen zijn naar schatting besneden (43%)



15.000

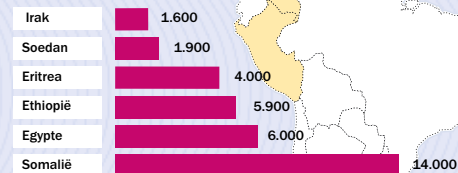
women hebben naar schatting de meest ingrijpende vorm van VGV (infibulatie) ondergaan

7:10

besneden vrouwen bevinden zich in de reproductieve leeftijd (15-49 jaar)

82%

van de besneden vrouwen is afkomstig uit zes landen



4.200

van 38.000 meisjes in de leeftijd van 0 tot 19 lopen naar schatting het risico om besneden te worden in de komende 20 jaar



Deze determinanten beïnvloeden het risico voor meisjes om besneden te worden. Hierbij moet worden opgemerkt dat het risico voor een deel van de meisjes pas echt reëel wordt wanneer zij het land van herkomst bezoeken.

Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen, waar geen medische noodzaak voor is.

Het beleid in Nederland is een zero tolerance beleid, alle vormen van VGV zijn verboden. De Nederlandse ketenaanpak bestaat uit een combinatie van preventie, wetshandhaving en aandacht voor goede zorg voor vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan.

De preventie van VGV en de zorg voor vrouwen die besneden zijn, blijft onverminderd belangrijk in Nederland.

200.000.000 vrouwen hebben in een aantal landen in Afrika, het Midden-Oosten en Azië een besnijdenis ondergaan

3.000.000 meisjes wereldwijd lopen jaarlijks het risico om besneden te worden

10 jaar is de gemiddelde leeftijd waarop meisjes wereldwijd besneden worden. Migratie kan bijdragen aan besnijdenis op een andere leeftijd

Pharos, Focal point meisjesbesnijdenis
Postbus 13318, 3507 LH Utrecht
Bereikbaar via de mail:
focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl
www.pharos.nl

Meer informatie op pharos.nl/vgv

Vrouwelijke Genitale Verminking

Omvang en risico in Nederland

© 2019 Pharos, Utrecht. Vormgeving: Studio Casper/Klaasse

Het onderzoek VGV – Omvang en risico in Nederland (2019) is door Pharos in samenwerking met het Erasmus MC uitgevoerd in 2018/2019 in opdracht van het ministerie van VWS. De Radboud Universiteit, Universiteit Gent, het Erasmus MC en het Koninklijk Instituut voor de Tropen waren vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie.

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN