

**Dienst Communicatie
Wetenschapswinkel**

Vrouwenbesnijdenis en Jeugdgezondheidszorg

Scriptie
Marjolein Zwaan
november 2004

Vakgroep Cultuur & Gezondheid
VU medisch centrum, Amsterdam

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van het afstudeerprofiel 'Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden' van de studie Geneeskunde aan het VU medisch centrum. Na een periode van ruim anderhalf jaar is het verslag van mijn wetenschappelijk onderzoek klaar. Door activiteiten als het organiseren van een internationaal congres en de co-schappen heeft het even op zich moeten laten wachten, maar uiteindelijk is het dan toch zover. Alhoewel er vanaf het allereerste interview tot dit uiteindelijke verslag behoorlijk wat tijd is verstreken, is de problematiek die hier besproken zal worden mijns inziens nog steeds actueel en zeker iets waar blijvend aandacht aan besteed moet worden. Ik hoop dat iedereen die dit rapport onder ogen krijgt, het met interesse en plezier zal lezen en allicht ook tot bepaalde inzichten omtrent de problematiek van vrouwenbesnijdenis en de JGZ zal komen.

Dit verslag zou uiteraard niet tot stand gekomen zijn zonder de hulp van andere mensen. In de eerste plaats mijn begeleidster Anke van der Kwaak, die me enthousiast gemaakt heeft en me bij dit onderwerp betrokken heeft. Alhoewel zij een druk bestaan leidt, vond ze toch altijd tijd om vragen te beantwoorden en input te geven. Ben Rensen, tevens een drukbezet arts, heeft ook zijn input geleverd bij de opzet van het onderzoek en de beoordeling van het verslag. Tevens wil ik alle respondenten bedanken die ondanks hun beperkte tijd aan dit onderzoek mee hebben willen werken om zo hun bijdrage te leveren aan dit onderwerp.

Marjolein Zwaan, student Geneeskunde
Vakgroep Cultuur & Gezondheid, VUMC Amsterdam

5 november 2004, Amstelveen

Inhoudsopgave

	Voorwoord	
	Inhoudsopgave	3
	Inleiding	4
1.	Achtergrond	5
1.1	Vrouwenbesnijdenis	5
1.2	Jeugdgezondheidszorg	7
1.3	Kindermishandeling	10
2.	Theoretisch kader	11
2.1	Preventie	11
2.2	Signalering	13
3.	Methodologie	15
3.1	Probleemstelling	15
3.2	Keuze van de onderzoekseenheden	15
3.3	Dataverzameling	18
3.4	Beperkingen	18
4.	Jeugdgezondheidszorg, kindermishandeling en vrouwenbesnijdenis	19
4.1	Populatie	19
4.2	Communicatie	19
4.3	Werkzaamheden	20
4.4	Kindermishandeling	22
4.5	Vrouwenbesnijdenis en de JGZ	24
5.	De toekomst van vrouwenbesnijdenis en de JGZ	35
5.1	Preventie van vrouwenbesnijdenis	35
5.2	Signalering van vrouwenbesnijdenis	37
5.3	Vrouwenbesnijdenis als thema in de JGZ	39
5.4	Hoofdtak	41
5.5	Samenwerking	42
6.	Discussie	45
7.	Conclusies en aanbevelingen	48
	Literatuur	49
	Bijlagen	51
1.	Landkaart vrouwenbesnijdenis	
2.	Interview	

Inleiding

Vrouwenbesnijdenis is een oud bestaand gebruik dat zijn oorsprong in Afrika vindt. Door migratie van ouders die hun dochters laten besnijden kan vrouwenbesnijdenis zich tegenwoordig in principe overal ter wereld voordoen, zoals ook in Nederland. Alhoewel vrouwenbesnijdenis een relatief kleine groep in Nederland treft, is dit een onderwerp waar niet te licht over gedacht mag worden. De uitvoering en de (mogelijk) optredende complicaties kunnen ernstige lichamelijke en psychosociale gevolgen hebben voor de meisjes. Signalering, maar nog beter, preventie van vrouwenbesnijdenis zijn onderwerpen waar veel aandacht aan besteed moet worden.

In 1999 is Stichting Pharos in samenwerking met de Federatie van Somalische Associaties in Nederland (FSAN) gestart met de ontwikkeling van een nieuw voorlichtingsproject 'Vrouwenbesnijdenis in Nederland, van beleid naar praktijk'. Het doel van dit project is om veranderingsprocessen met betrekking tot meisjesbesnijdenis binnen de Somalische gemeenschap teweeg te brengen.

Ondanks het feit dat vrouwenbesnijdenis ook voorkomt bij andere nationaliteiten die in Nederland verblijven is bewust gekozen om met de Somalische gemeenschap te starten. De reden hiervoor is dat zij de grootste groep in Nederland zijn, de hoogste prevalentie hebben en de meest ingrijpende vorm van vrouwenbesnijdenis uitvoeren. Bovendien hebben zij aangegeven mee te willen werken aan een veranderingsproces wat vrouwenbesnijdenis betreft. Dit gebeurt door het trainen van sleutelfiguren en voorlichters eigen taal en cultuur (vetc'ers) uit de Somalische gemeenschap en het door hen organiseren van meerdere voorlichtingsbijeenkomsten in drie Nederlandse steden. Deelnemers aan dit project zijn Somalische mannen, vrouwen en jongeren.

In 2002 is de VU in samenwerking met de Wetenschapswinkel gestart met een onderzoek naar de effectiviteit van dit voorlichtingsproject, waar tien studenten van verschillende studierichtingen aan deelnemen.

Naar aanleiding van evaluatiegesprekken en klankbordgroepbijeenkomsten is naar voren gekomen dat ten behoeve van signalering en preventie de gezondheidszorg, en in het bijzonder de Jeugdgezondheidszorg, een belangrijke rol zou kunnen spelen.

Preventie en signalering zijn twee van de belangrijkste pijlers in de Jeugdgezondheidszorg om de gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen te beveiligen en bevorderen en bovendien komen medewerkers in de Jeugdgezondheidszorg voornamelijk met ouders *en* hun kinderen in aanraking. Hiermee is het onderwerp van een volgend deelonderzoek geboren. De vraagstelling waarover dit onderzoek zal gaan is de volgende:

Hoe groot zou de rol van de jeugdarts en -verpleegkundige kunnen zijn bij het signaleren en voorkómen van vrouwenbesnijdenis en hoe moet dit in de praktijk gerealiseerd worden?

Een duidelijk antwoord op deze vraag zal bij kunnen dragen aan het verder uitvoeren van lopende projecten en het opzetten van nieuwe projecten. Al deze projecten zouden uiteindelijk tot doel moeten hebben om vrouwenbesnijdenis bespreekbaar te maken en scholings- en voorlichtingsactiviteiten uit te voeren om het uiteindelijke hoofddoel, de eradicatie van vrouwenbesnijdenis, te bewerkstelligen.

In hoofdstuk 1 wordt achtergrondinformatie gegeven over vrouwenbesnijdenis, de jeugdgezondheidszorg en kindermishandeling.

Hoofdstuk 2 gaat uitgebreid over het theoretische kader van dit onderzoek en de daaruit volgende probleemstelling en deelstellingen. In hoofdstuk 3 wordt gesproken over de opzet en uitvoering van het onderzoek. Vervolgens worden de resultaten en de analyse van dit onderzoek in hoofdstuk 4 en 5 beschreven, gevolgd door een discussie in hoofdstuk 6, en de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 7.

Hoofdstuk 1 Achtergrond

1.1 Vrouwenbesnijdenis

Gebruik

Vrouwenbesnijdenis is een eeuwenoude traditie. Waar en wanneer deze gewoonte is ontstaan, is niet met zekerheid te zeggen. De oudste aanwijzingen zijn afkomstig uit het Nijldal; meestal wordt dan ook aangenomen dat vrouwenbesnijdenis zijn oorsprong in Egypte heeft. Via handelscontacten zou het gebruik naar West Afrika zijn overgebracht (Van der Kwaak 1992, Bartels 1993).

De WHO onderscheidt 4 typen van vrouwenbesnijdenis.

- Type I: Excisie van de voorhuid, met of zonder excisie van een gedeelte of de gehele clitoris.
- Type II: Excisie van de clitoris met gedeeltelijke of gehele excisie van de labia minora.
- Type III: Excisie van een gedeelte of de gehele externe genitalia met het hechten of vernauwen van de vaginale opening (infibulatie/faraonische besnijdenis).
- Type IV: ongeclassificeerd; onder andere het aanprikken of een sneetje zetten in de clitoris en/of de labia: het oprekken van de clitoris en/of de labia, cauterisatie door het verbranden van de clitoris en omgevend weefsel (WHO 2001).

Er zijn echter allerlei varianten op bovengenoemde vormen van besnijdenis mogelijk.

In 80% van de gevallen worden de clitoris en labia minora verwijderd (Type 2). De meest extreme vorm, de infibulatie, komt in 15% van alle gevallen voor (WHO juni 2000).

Vrouwenbesnijdenis vindt doorgaans op een jonge leeftijd plaats, maar kan in principe op alle leeftijden plaatsvinden. De leeftijd waarop meisjes besneden worden is afhankelijk van de etnische groep en de geografische locatie. Het Somalische gebruik, de infibulatie, vindt tussen het 6^e en 12^e levensjaar plaats, bij andere groepen kan de besnijdenis al vlak na de geboorte plaatsvinden of wat later in de puberteit. De gemiddelde leeftijd waarop besnijdenis bij meisjes plaatsvindt is 7 jaar (GHI 1994).

Complicaties

Na een besnijdenis kunnen er zich tal van complicaties voordoen, afhankelijk van de verrichte ingreep, de hygiënische omstandigheden en de bekwaamheid van degene die de ingreep heeft uitgevoerd (GHI 1994). De complicaties kunnen onderverdeeld worden in vroege en late complicaties.

Vroege complicaties kunnen zijn: hevige pijn, hevige bloedingen, urineretentie, infecties of beschadiging van omliggende structuren als de vagina, urethra, blaas en anus en een gestoorde wondgenezing.

Als late complicaties kunnen zich problemen bij de urinelozing en menstruatie voordoen. Andere complicaties zijn dyspareunie (door littekenweefsel), cysten van huidweefsel en vaginastenen en chronische infecties met in het ergste geval onvruchtbaarheid tot gevolg. Tevens kunnen er problemen bij de zwangerschap en bevalling ontstaan (WHO 2001).

Naast de lichamelijke complicaties kunnen zich ook psychosociale complicaties voordoen. Na de besnijdenis kunnen meisjes stil en introvert worden. Ook kunnen er gedragsstoornissen optreden. (Grassivaro Gallo 1998).

Redenen

Er zijn verschillende redenen voor het besnijden van meisjes, die ook vaak per etnische groep verschillen. De redenen kunnen als volgt gegroepeerd worden:

Socio-culturele redenen, hygiënische en esthetische redenen, spirituele en religieuze redenen en psycho-seksuele redenen.

Socio-cultureel:

Maagd zijn heeft vaak een hoog aanzien en wordt gerespecteerd. Algemeen wordt gedacht dat een besneden vrouw een garantie is voor het maagd zijn. Bovendien is het maagd zijn een voorwaarde om te kunnen trouwen. Wanneer een meisje wordt besneden is ze opgenomen in de 'volwassen' wereld.

Ook wordt het besneden zijn als 'normaal' beschouwd. Moeder en grootmoeder zijn besneden, waarom de dochter ook niet? De druk vanuit de gemeenschap om te besnijden is dan ook vaak zeer groot. Als hier geen gehoor aan gegeven wordt loopt men het risico om uit de groep verstoten te worden.

Hygiënisch/esthetisch

De visie bestaat dat niet-besneden meisjes onrein en lelijk zijn. Reinheid en schoonheid zijn van belang bij het vinden van een goede huwelijkspartner (Naleie 1997). Bovendien wordt verondersteld dat het veel hygiënischer is en de genitalia makkelijker schoon te houden zijn als een meisje besneden is.

Religieus

Bij de groepen die vrouwenbesnijdenis uitvoeren en daarbij ook de islam aanhangen wordt verondersteld dat de Koran vrouwenbesnijdenis voorschrijft. Dit is overigens niet het geval.

Psycho-seksueel

Een meisje dat niet besneden is zou een over-actieve 'sex drive' hebben waardoor zij voortijdig (voor het huwelijk) haar maagdelijkheid zou kunnen verliezen.

Een nauwe vaginaopening zou ook het seksueel genot van de man vergroten (WHO 2001).

Waar komt vrouwenbesnijdenis voor?

Vrouwenbesnijdenis komt in meer dan 20 landen, voornamelijk Afrikaanse, voor (zie bijlage 1). Hiernaast komt het tot op zekere hoogte ook voor in het Midden-Oosten en Azië (Indonesië en Maleisië) (WHO 2000).

Geschat wordt dat er wereldwijd 100-140 miljoen meisjes en vrouwen een vorm van vrouwenbesnijdenis hebben ondergaan en dat minstens 2 miljoen meisjes per jaar het risico lopen om besneden te worden (WHO 2001).

Van 1990 tot en met 1996 alleen al zijn er 17.000 Somaliërs naar Nederlands gekomen (Nicolaas, 1998). Volgens het CBS woonden er in 2002 bijna 29.000 (geregistreerde) Somaliërs in Nederland, die zich voornamelijk in de grote steden hebben gevestigd (Van der Kwaak 2004). Zij vormen hiermee de op een na grootste groep asielzoekers, vluchtelingen in Nederland, een groep waarbij ook vrouwenbesnijdenis plaatsvindt (zie bijlage 1).

Met hun komst is de vrouwenbesnijdenis ook in Nederland gaan plaatsvinden. Over de daadwerkelijke incidentie en prevalentie in Nederland bestaan echter geen harde gegevens. De nodige gegevens zijn niet gemakkelijk te verkrijgen doordat meisjes vaak in het diepste geheim worden besneden. Het taboe dat er heerst zorgt ervoor dat het niet zomaar ter sprake gebracht wordt. Huisartsen komen daarbij niet direct met besnijdenis in aanraking omdat er niet ongevraagd een inwendig onderzoek gedaan kan worden. Hooguit komt de gynaecoloog direct met vrouwenbesnijdenis in aanraking naar aanleiding van een zwangerschap en/of bevalling.

Na Kamervragen in 1999 heeft de Minister van Justitie een onderzoek, naar het voorkomen van vrouwenbesnijdenis in Nederland, toegezegd. In een rapport van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, dat in november 2003 is uitgekomen, wordt er nogmaals een aanbeveling gedaan tot het registreren van incidentie en prevalentie van vrouwenbesnijdenis (Van der Kwaak, Bartels, De Vries, Meuwese 2003). Onderzoek hiernaar is in 2004 van start gegaan.

Ontwikkelingen

De WHO beveelt overheden aan om strategieën te ontwikkelen om vrouwenbesnijdenis uit te bannen. Zij beveelt ook aan om medicalisering van de ingreep en het uitvoeren door medisch geschoold personeel te verbieden (GHI 1994). Ondanks dit is er in Sudan sprake van eventuele legalisatie van vrouwenbesnijdenis.

In de jaren 90 hebben in Nederland verschillende organisaties zich tegen vrouwenbesnijdenis uitgesproken, waaronder de KNMG, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen en de Emancipatieraad. Tevens zijn er projecten van

start gegaan die tot doel hebben om de relevante doelgroepen voorlichting te geven en deskundigheidsbevordering onder de reguliere zorgverleners te bewerkstelligen.

In Nederland zijn sinds 1993 alle vormen van besnijdenis verboden (GHI 1994). Het valt onder het Wetboek van Strafrecht onder de opzettelijke mishandelingdelicten of onder het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst (Pharos, 1995). Er zijn in Nederland echter nog geen strafzaken met betrekking tot vrouwenbesnijdenis gevoerd. Dit in tegenstelling tot Frankrijk, waar zich sinds 1978 al 25 rechtszaken hebben afgespeeld (Van der Kwaak, Bartels, De Vries, Meuwese 2003).

1.2 Jeugdgezondheidszorg

Doelstellingen

Jeugdgezondheidszorg kan omschreven worden als: het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen of als individuele en collectief gegeven longitudinale en preventieve zorg, gericht op de gehele jeugd en gebaseerd op via epidemiologische gegevens verkregen inzichten. De individuele benadering geldt voor zowel ouders als kinderen (Schuil 2002).

De jeugdgezondheidszorg heeft een aantal subdoelstellingen, waaronder:

- Het periodiek bepalen van de gezondheidstoestand. Daartoe behoort:
 - Het tijdig onderkennen van bestaande ziekten en afwijkingen
 - Het voorkomen van bepaalde ziekten of afwijkingen
- Onderkennen van gezondheidsbedreigende factoren, bijvoorbeeld in het externe milieu of in de leefstijl. Het onderkennen van deze bedreigende factoren kan zowel op individueel niveau als op collectief niveau plaatsvinden.
- Het verrichten van epidemiologisch onderzoek van de gezondheidssituatie
- Het initiëren, opzetten en uitvoeren van preventieprogramma's (GVO)
- Voorlichten, adviseren en instrueren (Schuil 2002).

Uitvoering/opbouw

Tot op heden is er binnen de jeugdgezondheidszorg een scheiding in de zorg voor de jeugd van 0-4 jaar en 4-19-jarigen. De zorg voor 0-4 jaar wordt verleend door thuiszorgorganisaties. Thuiszorgorganisaties worden onder andere ingeschakeld voor huishoudelijke hulp, verpleeghulp of terminale zorg.

Het consultatiebureauwerk, inclusief de (preventieve) huisbezoeken en opvoedingsvoorlichting, wordt uitgevoerd door een consultatiebureauarts en een gespecialiseerde OKZ- (ouder- en kindzorg) verpleegkundige (Schuil 2002).

De zorg voor 4-19-jarigen valt onder de verantwoordelijkheid van de GGD. GGD's zijn instellingen die voor een basisgezondheidszorg moeten zorgen naar aanleiding van de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). De WCPV verplicht gemeenten er voor te zorgen dat de basisgezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigheid op het terrein van de geneeskunde, de epidemiologie, de verpleegkunde, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de tandzorg, de psychologie of pedagogiek en de informatica. De WCPV laat ruimte voor een eigen invulling, wat tot gevolg heeft dat er tussen verschillende gemeenten verschillen per dienst bestaan (Schuil 2002).

Deze tweedeling verplicht de organisaties voor een degelijke overdracht die bewerkstelligd moet worden door een integraal dossier. Een uitzondering op deze tweedeling is Amsterdam waar de zorg voor 0-19-jarigen onder de GG&GD valt.

Deze tweedeling binnen de organisatie is op het moment echter aan het veranderen. Op 1 maart 2001 is het basistakenpakket JGZ formeel vastgelegd. Binnen het pakket weten zorgverleners, beleidsmakers en gemeenten welke zorg aan kinderen moet worden aangeboden en waar kinderen recht op hebben. Hiermee wordt de regierol van gemeenten versterkt en zullen de uitvoerende organisaties op het gebied van de JGZ, thuiszorgorganisaties en GGD's nauwer gaan samenwerken (Ministerie van Volksgezondheid 2002).

Het basistakenpakket bestaat uit 6 productgroepen, te weten:

1. Monitoring en signalering
2. Inschatten zorgbehoefte
3. Screeningen en vaccinaties
4. Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
5. Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen

6. Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking (Ministerie van Volksgezondheid 2002).

De productgroepen zijn wettelijk verankerd in de WCVP. Per productgroep zijn een aantal producten beschreven die onder het uniforme of maatwerkdeel vallen. Het uniforme deel moet aan alle kinderen in Nederland op dezelfde wijze aangeboden worden. Daarnaast moet er regionaal meer aandacht komen voor kinderen die tot een risicogroep behoren.

De gemeente zelf kan beleid vaststellen en maatregelen nemen om het maatwerkdeel in te vullen. De producten zelf zijn niet opgenomen in de wettekst om actualisering van de producten mogelijk te maken zonder dat er een uitgebreide wetswijziging nodig is (Ministerie van Volksgezondheid 2002). Het uiteindelijke doel is om een integrale JGZ 0-19 jaar te bewerkstelligen waarbij de thuiszorgorganisaties, GGD's en andere betrokken organisaties nauwer met elkaar samen moeten werken. Daarnaast moet het basistakenpakket leiden tot uniformiteit in Nederland en moet het de kwaliteit waarborgen.

Methoden

Binnen de JGZ wordt gebruik gemaakt van de 4 zogenaamde determinanten van Lalonde, die de mate van gezondheid van mensen beïnvloeden en bepalen, omdat de uitgangspunten en de bedoeling van dit model grotendeels overeenkomen met die van de JGZ. De determinanten zijn:

- Het interne milieu (lichamelijke en geestelijke constitutie van de mens).
- Het externe milieu (factoren in fysische en sociale omgeving waar je als individu geen of vrijwel geen invloed op kunt uitoefenen).
- De leefstijl (keuzen die men maakt die van invloed zijn op de eigen gezondheid en die van anderen).
- Het zorgsysteem (geheel van diensten, mensen en materiële voorzieningen, waarmee in de gezondheidszorg van mensen wordt voorzien) (Schuil 2002).

Het sociale aspect van het externe milieu betreft de invloed die anderen en de aard en kwaliteit van de samenleving hebben op het kind en de ouders (Schuil 2000). Welvaart, opleidingsniveau van de ouders, cultuur en godsdienst hebben een belangrijke invloed op de omgeving waarin een kind opgroeit. Ook politiek is een belangrijke factor aangezien deze zich bezig houdt met de gezondheid van de bevolking.

Leefstijl wordt gezien als het belangrijkste aangrijpingspunt om de gezondheid te kunnen bevorderen. Het gaat daarbij om een continu proces van keuzen vanaf de geboorte tot aan de volwassenheid. Deze keuzen worden voor kinderen jonger dan twaalf jaar veelal bepaald door de ouders (Schuil 2002). Om deze reden spelen ouders binnen de JGZ een belangrijke rol. Ouders en kind worden dan ook als een twee-eenheid beschouwd.

Uitvoering van de JGZ

Ten behoeve van de hierboven beschreven doelstellingen bestaan er in de JGZ een aantal taken die uitgevoerd moeten worden.

De JGZ-taken worden vaak door een JGZ-team, bestaande uit een arts, een doktersassistente en een verpleegkundige, uitgevoerd (Schuil 2002). Zij werken in theorie nauw samen met andere disciplines. De arts en verpleegkundige verwijzen bij problematiek door naar de huisarts of naar RIAGG en Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

De arts houdt zich binnen de JGZ bezig met het periodiek vaststellen en volgen van de gezondheidstoestand van individuele jeugdigen, van groepen jeugdigen en daarbinnen nog weer van specifieke subgroepen met een verhoogd risico (Schuil 2002).

De taak van de verpleegkundige is om te onderzoeken of de ouders, het gezin of de groep waartoe het behoort over voldoende kennis, inzicht en vaardigheden beschikken die nodig zijn om het kind gezond te laten opgroeien. Tevens wordt onderzocht of de ouder en/of het kind wel of niet gemotiveerd zijn om bepaalde beslissingen te nemen die belangrijk zijn voor het kind (Schuil 2000). De zorg voor het individu door de arts en verpleegkundige bevat gerichte activiteiten zoals PGO, gericht onderzoek, screeningen en spreekuren. Bij personen met een welomschreven gezondheidsrisico is de individuele begeleiding via het PGO intensiever, dat eventueel aangevuld kan worden met kortdurende lichte hulpverlening of waarbij hulpverlening uit de eerste of tweede lijn ingeschakeld kan worden (Schuil 2002).

De dossiers, waarin bevindingen van het onderzoek worden vastgelegd, kunnen gebruikt worden voor epidemiologisch onderzoek. Met behulp van een epidemiologische analyse van de zorggegevens kan vastgesteld worden welke groepen jongeren extra gezondheidsrisico lopen en kan er een juist GVO-programma opgesteld worden.

Taken, preventie en signalering

Preventie is een van de belangrijkste pijlers van de JGZ, die kan plaatsvinden door vroegtijdige signalering van verstoringen in het interne en externe milieu, het bevorderen van een zo groot mogelijk inzicht in de gezondheidstoestand en het stimuleren van gezondheidsbevorderend gedrag van ouders in relatie tot hun (toekomstige) kind (Schuil 2002).

Preventie kan onderverdeeld worden in primaire (uitschakelen van schadelijke of ziekmakende factoren voordat zij ziekten of afwijkingen veroorzaken), secundaire (opsporen van ziektegevallen of afwijkingen) en tertiaire (behandelen van klinisch manifeste gevallen om 'erger' te voorkomen) preventie.

Om tot een zo goed mogelijke signalering en preventie te komen zijn er een aantal taken.

Een van de taken is het uitvoeren van het preventief gezondheidsonderzoek (PGO). Dit onderzoek bestaat uit een medisch (uitgevoerd door een arts) en een verpleegkundig (uitgevoerd door een verpleegkundige) deel.

Het medisch preventief gezondheidsonderzoek (MPGO) omvat een medisch onderzoek van het kind, in elkaar opvolgende fasen van zijn ontwikkeling, ter beoordeling van de gezondheidstoestand, van de groei en van de lichamelijke ontwikkeling en rijping. Bij deze beoordeling wordt rekening gehouden met gezins-en omgevingsfactoren (Schuil 2002).

- Het onderzoek omvat de anamnese, inclusief het kennismaken van mogelijke risicofactoren
- Observatie en algemeen lichamenlijk onderzoek
- Beoordeling en interpretatie van de groeicurven
- Onderzoek van de psychomotorische ontwikkeling
- Advisering
- Registratie (Schuil 2000).

Het MPGO wordt in de regel door jeugdartsen uitgevoerd. Op indicatie zijn speciale onderzoeken mogelijk.

Het verpleegkundige deel richt zich meer op factoren die stoornissen voorkomen en de wijze waarop ouders en/of het kind met bepaalde stoornissen omgaan en op psychosociale gezondheid (Schuil 2000). De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding neemt hier een grote plaats in.

Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (GVO)

De Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) gaat uit van de mens in zijn specifieke situatie. GVO wil door middel van voorlichting een gedragsverandering bewerkstelligen. Uitgangspunten hierbij zijn dat personen zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid en dat zij zelf bijdragen aan hun gezondheidstoestand door middel van hun gedrag en hun leefstijl (Schuil 2002). In acht moet worden genomen dat gezondheid een subjectief begrip is en dat dit niet vergeten moet worden bij de voorlichting.

Om goed preventief bezig te zijn is het ook zeer belangrijk dat men verstand heeft van specifieke problemen en risico's die verschillende groepen personen lopen.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen groepsgerichte en individuele voorlichting.

Onafhankelijk van de grootte van de groep waaraan voorlichting wordt gegeven is er een plan van aanpak. GVO kent 4 fasen bij het opzetten ervan; de analyse, de planning, de uitvoering en de evaluatie. Het betreft een planmatige aanpak zodat de kans op het behalen van het doel vergroot wordt (Deenen 2000).

De uiteindelijke voorlichting zal over het algemeen mondeling plaats vinden. Naast deze mondelinge voorlichting kunnen er ook schriftelijke en audio-visuele methoden gebruikt worden, zoals folders en video's e.d. (Maertens 1992).

Samenwerking

Naast de GGD zijn er meerdere instanties die werkzaam zijn op het gebied van preventie, die zich tevens richten op kinderen en ouders. Het geniet de voorkeur om de krachten te bundelen om er zo voor te zorgen dat er niet langs elkaar heen gewerkt wordt. Gedacht kan worden aan samenwerking met de huisarts, fysiotherapeut, tandarts, verloskundige, kraamzorg, gezondheidscentrum, school, RIAGG, de jeugdzorg, ziekenhuizen en AMK's (Schuil 2002).

1.3 Kindermishandeling

Definitie

Kindermishandeling is een onderwerp waar medewerkers in de JGZ nogal eens mee in aanraking komen. Kindermishandeling is, net als vrouwenbesnijdenis, een opzettelijk mishandelingsdelict dat strafbaar is. Binnen de JGZ wordt veel aandacht aan kindermishandeling besteed.

Een frequent gebruikte definitie van kindermishandeling is de volgende: *'Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.'*

(Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 2003).

Kindermishandeling kan bestaan uit fysieke mishandeling, geestelijke mishandeling of verwaarlozing.

Ten behoeve van de signalering en de aanpak van kindermishandeling is het AMK ontstaan, voorheen het Bureau Vertrouwensarts.

Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

Een AMK is een provinciaal georganiseerde instantie die 24 uur per dag bereikbaar is. Hier kunnen meldingen van kindermishandeling gedaan worden. Binnen het AMK zijn er twee functies te onderscheiden, te weten de advies- en consultfunctie en de meldingsfunctie. Bij de advies- en consultfunctie houdt de adviesvrager de verantwoordelijkheid voor de aanpak van de kindermishandeling. In tegenstelling tot deze functie vindt bij de meldingsfunctie overdracht van persoonsgegevens plaats. Hiermee wordt het AMK medeverantwoordelijk voor de aanpak van het probleem. Na onderzoek en beoordeling van een melding kan het AMK hulpverlening op gang brengen, bij voorkeur op basis van vrijwilligheid (De Roode 2002).

In 2001 hebben de AMK's in totaal 23.296 nieuwe contacten gehad. In drie jaar tijd is het aantal contacten met 44% gestegen. Het grootste deel van deze stijging is te wijden aan de toename van het aantal adviezen en consulten (Wolzak 2002).

Deze contacten bestaan uit adviezen/consulten en meldingen. Er hebben respectievelijk 17.269 en 6.027 van deze contacten in 2001 plaatsgevonden (Wolzak 2002).

De meeste contacten met het AMK vinden plaats met particulieren, gevolgd door medewerkers in het onderwijs. (respectievelijk 37,4% en 15,1% in 2001). Andere beroepskrachten die contact hebben met kinderen en hun ouders nemen ook contact op met het AMK maar in mindere mate (Wolzak 2002). Hierbij valt te denken aan de somatische gezondheidszorg, (14,3% in 2001) politie/justitie (10,9% in 2001) en welzijnswerk (4,8% in 2001) (Wolzak 2002)

Samenvattend is hierboven uitgelegd wat vrouwenbesnijdenis precies is, welke complicaties er kunnen optreden en om welke redenen het uitgevoerd wordt. Alhoewel er geen harde gegevens over het voorkomen van vrouwenbesnijdenis in Nederland zijn, is het niet ondenkbaar dat vrouwenbesnijdenis ook in Nederland plaatsvindt.

Gezien de doelstellingen en de structuur van de Jeugdgezondheidszorg in Nederland kan het waarschijnlijk geacht worden dat medewerkers van de JGZ met vrouwenbesnijdenis in aanraking kunnen komen. Met de invoering van het basistakenpakket en de beoogde verbeterde samenwerking tussen de verschillende organisaties die met jeugdigen (0-19) werken, kan die kans alleen maar groter worden.

Omdat kindermishandeling (in de JGZ) regelmatig voorkomt, is er een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling opgericht waar eenieder die met kindermishandeling in aanraking komt, mee contact op kan nemen. Vrouwenbesnijdenis is bij wet een vorm van kindermishandeling waardoor dit probleem, en hoe hier mee om te gaan, zich ook bij een AMK zou kunnen presenteren.

In het volgende hoofdstuk zal het theoretisch kader besproken worden dat betrekking heeft op de probleemstelling. In deze probleemstelling komen de hierboven besproken elementen terug.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

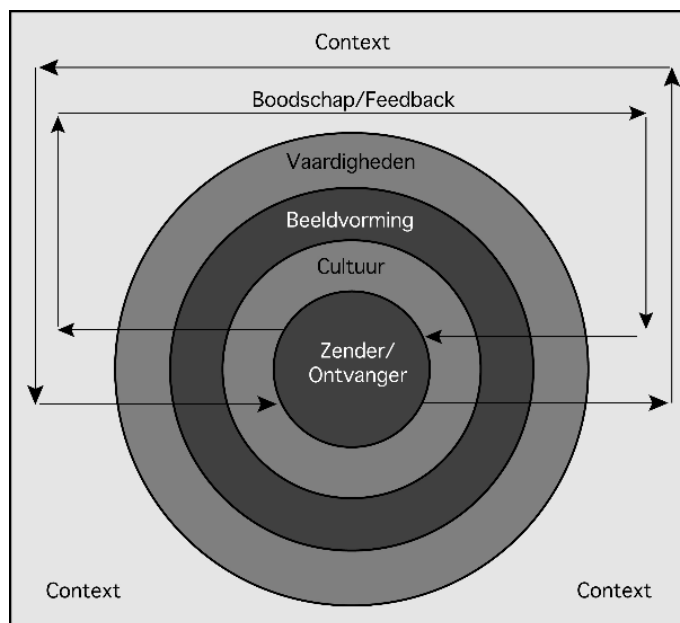
Zoals hierboven al beschreven is, spelen preventie en signalering een grote rol in de jeugdgezondheidszorg. Preventie en signalering kunnen zeker van toepassing zijn op vrouwenbesnijdenis gezien het feit dit een zeer schadelijke praktijk is voor meisjes en voorkomen nog altijd beter is dan genezen. Er lijkt hiermee een duidelijke taak bij de jeugdgezondheidszorg te liggen, de vraag is echter hoe dit in de praktijk gebracht kan en moet worden.

2.1 Preventie

Preventie is een van de belangrijkste pijlers van de JGZ. Preventie op het gebied van vrouwenbesnijdenis zal voornamelijk bestaan uit het goed voorlichten en adviseren van de relevante doelgroepen. Hiermee kan getracht worden om vrouwenbesnijdenis te voorkomen. Voorlichting en advisering kan op verschillende manieren plaats vinden, waarbij mondelinge communicatie over het algemeen het meeste plaats zal vinden. Dit kan evenwel op individueel als op groepsniveau plaatsvinden.

Communicatie is belangrijk bij elke vorm van voorlichting en advisering, dus zeker ook bij de preventie van vrouwenbesnijdenis. Er bestaan zeer veel verschillende definities van communicatie. De meeste auteurs zijn het er echter over eens dat het bij communicatie gaat om een proces waaraan minimaal twee actoren deelnemen, die betekenissen uitwisselen via verbale en non-verbale boodschappen. Bij deze boodschappen gaat het altijd om subjectieve interpretaties van de deelnemers aan het communicatieproces (Shadid 1998, blz 53).

Een schematisch model voor interculturele communicatie wordt hieronder weergegeven (Shadid 1998, blz 80).



Tijdens communicatie tussen twee, of meerdere, personen is er altijd sprake van een zender en een ontvanger. Deze rolverdeling is echter niet statisch en verandert tijdens een gesprek. De zender geeft informatie door aan de ontvanger, waarbij deze ontvanger open moet staan voor de te ontvangen informatie. Door de reactie van de ontvanger, zij het verbaal of non-verbaal, krijgt de zender ook informatie (feedback), en is hiermee in feite een soort ontvanger geworden. Op deze manier ontstaat een wisselwerking in een gesprek.

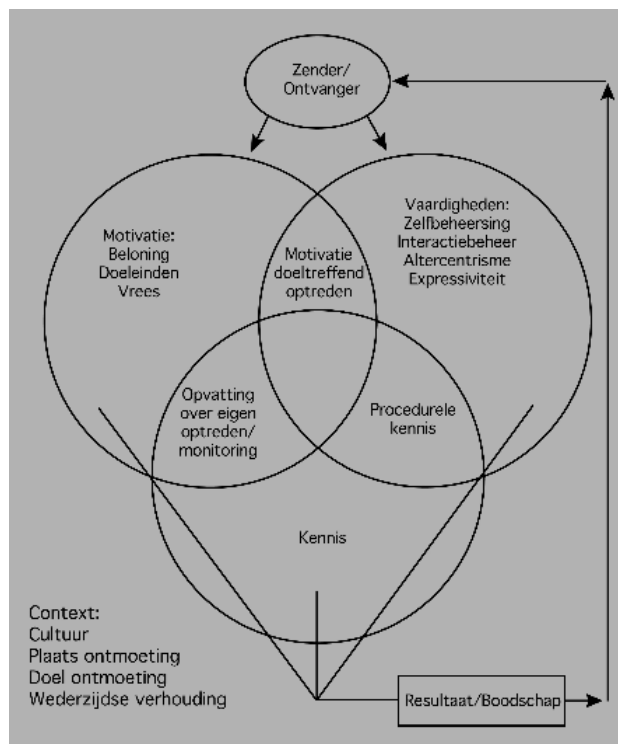
Zoals hierboven al gezegd is, speelt bij communicatie de subjectieve interpretatie van de deelnemers een grote rol. Deze subjectieve interpretatie verschilt per persoon en hangt van verschillende dingen af. Zo kunnen bijvoorbeeld religie, sociaal-economische status, plaats van herkomst (stad of platteland) of land van herkomst allen hun bijdrage leveren aan het referentiekader en het interpretatieschema van een persoon. Bepaalde gebruiken, gedragingen (verbaal én non-verbaal) en

normen en waarden zijn alle van invloed op deze interpretatieschema's (cultuur). Hoe meer deze interpretatieschema's van de communicatiepartners verschillen, hoe kleiner de kans is dat de bedoelde informatie uiteindelijk volledig overkomt. Dit is een probleem dat zich kan voordoen bij een gesprek tussen mensen uit verschillende culturen, wat ook wel aangeduid wordt met het begrip interculturele communicatie.

Zoals in elk gesprek zijn, naast deze verschillen in interpretatieschema's, de attitudes en de communicatieve vaardigheden van de gesprekspartners ook van belang bij het verloop van een gesprek. Onder attitude wordt verstaan hoe de gesprekspartners elkaar (in relatie tot zichzelf) beoordelen en hoe men over elkaar denkt (beeldvorming). Stereotyperingen en vooroordelen spelen hier een rol bij; ze kunnen de communicatie negatief beïnvloeden. Onder communicatieve vaardigheden vallen onder andere de bekwaamheid in spreken en luisteren, het interpreteren van het (non) verbale gedrag van de gesprekspartner en het zich kunnen aanpassen aan de gesprekspartner. Om dit te bewerkstelligen moet men wel kennis hebben van de achtergrond en de cultuur waar de gesprekspartner vandaan komt.

Het hierboven beschreven model geeft aan welke factoren van invloed zijn op de interculturele communicatie maar zegt niets over de competentie van gesprekspartners binnen een intercultureel gesprek. In het geval van preventie en signalering van vrouwenbesnijdenis binnen de JGZ is deze culturele competentie echter zeer belangrijk als men ervan uitgaat dat de jeugdarts en - verpleegkundige hier een taak bij hebben.

Het onderstaande schema geeft die aspecten weer die op individueel niveau een rol kunnen spelen bij de interculturele communicatie.



Model voor rationale competentie (vrij naar Spitzberg 1991, in: Shadid 1998; 88)

De motivatie bestaat uit de wil om een gesprek met iemand uit een andere cultuur aan te gaan. De motivatie is ook afhankelijk van het zelfvertrouwen, de opvattingen over het eigen kunnen, de duidelijkheid van het doel en de verwachte beloning (Shadid 1998, blz 89).

Kennis over de situatie in kwestie en het adequate gedrag dat in die situatie nodig is, zoals uit het schema is af te leiden, is van groot belang voor de interculturele competentie. Hoe meer deze kennis al aanwezig is, of hoe meer overeenkomsten tussen ideeën en opvattingen er zijn tussen de verschillende gesprekspartners, hoe gemakkelijker, in de regel, het contact verlopen zal.

De afwezigheid van deze factoren kan echter leiden tot negatieve emoties. Hierbij kan bijvoorbeeld het taalverschil tussen de gesprekspartners en een gebrek aan kennis over het gedrag in de cultuur van de ander tot gevoelens van onzekerheid en vrees leiden. Dit kan ertoe leiden dat een gesprek

minder gemakkelijk aangegaan wordt of dat een gesprek minder effectief verloopt als eigenlijk zou kunnen.

In de bovenstaande 2 modellen is beschreven dat motivatie en kennis van de achtergrond en de cultuur van de gesprekspartner van belang zijn bij het voeren van een gesprek, om zo het (non-)verbale gedrag te kunnen interpreteren en om zich aan te kunnen passen aan de situatie.

In het kader van de bovenstaande modellen is het, voor de preventie van vrouwenbesnijdenis, voor jeugdartsen en -verpleegkundigen van belang dat zij geschoold zijn in vrouwenbesnijdenis, opdat zij weten waar ze mee in aanraking zouden kunnen komen en hoe daar mee om te gaan.

Als er vervolgens genoeg kennis en motivatie aanwezig is kan er ook effectief gewerkt worden aan de eigenlijke preventie. Dit kan gebeuren door het zogenaamde GVO (zie achtergrondinformatie). GVO zou veel mogelijkheden kunnen bieden om nuttige informatie over vrouwenbesnijdenis te verstrekken en dit ook bespreekbaar te maken binnen relevante doelgroepen (risicogroepen). Er zijn een aantal mensen die dit GVO zouden kunnen uitvoeren. In de eerste plaats de jeugdverpleegkundige en -arts, maar voorlichting in de eigen taal en cultuur (vetc-er) zou ook een uitkomst kunnen bieden als het gaat om personen met een niet-Nederlandse achtergrond. Het voordeel van een vetc-er zou kunnen zijn dat zij de cultuur en problemen van deze mensen beter begrijpen dan Nederlandse voorlichters (Deenen 2000). Er zijn echter ook mogelijke nadelen op te noemen.

Belangrijk is om te beslissen wat er in een dergelijk GVO ter sprake gebracht zou moeten worden en hoe. Dit kan van belang zijn op de uiteindelijke keuze van de persoon die een voorlichtingsgesprek aan zal gaan.

Een standaardgesprek met de ouders van een meisje uit een risicogroep, (onder de risicogroep worden die bevolkingsgroepen verstaan die afkomstig zijn uit een land waarin vrouwenbesnijdenis wordt uitgevoerd) waarin gewezen wordt op de schadelijke gevolgen van vrouwenbesnijdenis, zou dan tot de mogelijkheden kunnen behoren. Hierbij moet afgevraagd worden of dit alleen voldoende is om vrouwenbesnijdenis te kunnen voorkomen. Of dit echter voldoende is om vrouwenbesnijdenis te voorkomen is de vraag.

2.2 Signalering

Sinds 2002 heeft de Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), de voortzetting van de NVJG, overleg met onder andere het Ministerie van VWS over het in de praktijk brengen van de signalering van vrouwenbesnijdenis.

Ten behoeve van de signalering is destijds de vraag gerezen in hoeverre het mogelijk is om bij een meisje een recente besnijdenis via lichamelijk onderzoek vast te stellen. Een tweede vraag die hierop volgt is of een arts bij een mogelijke constatering van vrouwenbesnijdenis dit kan melden zonder dat de geheimhoudingsplicht overtreden wordt (Bijlsma 2002).

Aangezien er (nog) een taboe op het onderwerp rust zullen veel meisjes naar verwachting niet direct toegeven dat zij bij een vraag hiernaar, (recent) besneden zijn. Vaststelling van een besnijdenis zou middels lichamelijk onderzoek vastgesteld kunnen worden, ware het niet dat artsen in de eerste plaats geen bevoegdheid hebben om zonder direct medische noodzaak en zonder verzoek, of toestemming van het individu een uitgebreid genitaal onderzoek te verrichten (Bijlsma 2002) Dit vloeit voort uit de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

Verder moet men zich afvragen of, als een genitaal onderzoek mogelijk zou zijn, het onderzoek bij alleen de risicogroepen niet stigmatiserend werkt. Om dit op te lossen zouden alle meisjes uit alle bevolkingsgroepen onderzocht moeten worden maar dan stuit men wederom op het probleem dat ouders hun dochters zonder medische noodzaak niet zomaar aan een genitaal onderzoek laten onderwerpen (Bijlsma 2002).

In 2004 heeft PvdA-Tweede Kamerlid Arib een motie ingediend met betrekking tot een verplichte controle door jeugdartsen op vrouwenbesnijdenis. Dit standpunt wordt ook door VVD-Kamerlid Hirsj Ali ondersteund.

Als een arts of verpleegkundige in aanraking komt met een geval van vrouwenbesnijdenis, hetzij door een lichamelijk onderzoek, hetzij door gesprekken, is het de vraag of hij dat kan en mag melden. Zij zijn in eerste instantie gebonden aan de geheimhoudingsplicht. Dit is ten behoeve van de patiënt. Patiënten willen, soms erg vertrouwelijke, informatie geven aan de hulpverlener in de wetenschap dat de informatie tussen hun tweeën blijft, zelfs als de patiënt een strafbaar feit heeft

gepleegd (Blokboek Gezondheidszorg 2001). Een arts of verpleegkundige kan onder bepaalde omstandigheden van de zwijgplicht afwijken. Dit betreft gevallen van overmacht, als er toestemming van de patiënt is of als er sprake is van een wettelijk voorschrift (Blokboek Gezondheidszorg 2001). In het geval van vrouwenbesnijdenis zou echter het AMK geraadpleegd kunnen worden. Het AMK is ontstaan om hulpverleners te adviseren bij constatering van gevallen van kindermishandeling, waar vrouwenbesnijdenis in Nederland wettelijk gezien onder valt. Hier kan anoniem advies ingewonnen worden zodat de zwijgplicht in eerste instantie niet doorbroken hoeft te worden.

In 1994 heeft de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid een bulletin met richtlijnen omtrent vrouwenbesnijdenis uitgegeven. Hiernaast heeft de KNMG in samenwerking met de VVAK in 2002 een 'Meldcode voor medici inzake kindermishandeling' uitgegeven.

De GHI gaat bij een geval van vrouwenbesnijdenis uit van het gebruikelijke beleid dat gevolgd wordt bij een melding van kindermishandeling (GHI 1994). Er worden 3 doelen nagestreefd met deze richtlijnen, te weten preventie, een uniform beleid bij iedere melding en registratie om een indruk te krijgen van de omvang van het probleem. Er is bij deze richtlijnen een tweedeling gemaakt in een vermoeden van een voorgenomen besnijdenis en een verrichte besnijdenis. In beide gevallen wordt (een op handen zijnde) vrouwenbesnijdenis geacht bij het AMK gemeld te worden. Deze zal de betrokken huisarts informeren om het meisje en de familie te volgen en uitzoeken of hij, of andere instanties of personen, relevante informatie over de strafbaarheid en de gevolgen van vrouwenbesnijdenis kunnen geven. In het bulletin wordt aangegeven dat deze richtlijnen gebruikt kunnen worden bij het opstellen van een protocol terzake.

De meldcode van de KNMG is uitgebreider. Deze adviseert artsen bij een geval van (vermoedens van) kindermishandeling in de eerste plaats advies in te winnen bij collega's of een AMK. De arts kan hierna een melding doen bij het AMK, al dan niet met toestemming van de ouders en het kind. Als er geen toestemming gegeven wordt zal een arts zijn beroepsgeheim moeten schenden.

Ter preventie van vrouwenbesnijdenis zou de mogelijkheid van een (anonieme) melding uitkomst kunnen bieden. Op deze manier kan de prevalentie in Nederland in kaart gebracht worden en kunnen aan de hand hiervan onder andere geschikte voorlichtingsprogramma's opgesteld worden. Hoewel het voorkomen van vrouwenbesnijdenis een zeer belangrijke taak is, kan uit het bovenstaande geconcludeerd worden dat de aanpak hiervan niet zonder meer gestart kan worden. Zoals de communicatiemodellen duidelijk maken, zijn er nogal wat voorwaarden waar aan voldaan moet worden voordat er van een effectieve communicatie, die voor de preventie van zeer groot belang is, gesproken kan worden.

Naast de eventuele (voorlichtende) gesprekken die bij een signalering van vrouwenbesnijdenis zullen plaats vinden, zal er nagedacht moeten worden over hoe de signalering zelf plaats zou moeten vinden. De richtlijnen voor signalering van kindermishandeling en vrouwenbesnijdenis bestaan al langere tijd maar worden deze wel als zodanig gebruikt en zijn ze volledig? De vraag hoe de signalering van vrouwenbesnijdenis aangepakt moet worden, en of dit überhaupt hetzelfde als kindermishandeling aangepakt moet worden, is nog niet duidelijk beantwoord.

Hoofdstuk 3 Methodologie

3.1 Probleemstelling

Preventie en signalering zijn belangrijke middelen om te trachten vrouwenbesnijdenis te voorkomen. Hierbij is communicatie tussen de arts/verpleegkundige en de patiënt van het grootste belang. Deze communicatie moet wel aan een aantal voorwaarden voldoen, wil zij ook daadwerkelijk effectief zijn. Naast deze communicatie is het belangrijk dat het duidelijk is hoe de signalering van vrouwenbesnijdenis moet plaatsvinden en wat er vervolgens met een mogelijke signalering gedaan kan worden.

Eén van de huidige problemen is dat één vraag over preventie en signalering eerder meerdere vragen oproept dan dat er een duidelijk antwoord op die vraag te formuleren is. Het is daarmee (nog) niet duidelijk wat het beste plan van aanpak is met betrekking tot de preventie en signalering, in het bijzonder in de setting van de jeugdgezondheidszorg

Helaas zijn er geen officiële gegevens beschikbaar over individuele JGZ-medewerkers en hun staat van kennis over vrouwenbesnijdenis en hun motivatie om aan de preventie en signalering te werken. Het is belangrijk dat het duidelijk is hoe de JGZ-medewerkers tegenover de problematiek staan en wat zij zelf denken dat er aan deze problematiek gebeuren moet. Zonder de motivatie en de input van de medewerkers zal het immers zeer moeilijk worden om een goed plan van aanpak op te stellen.

Tevens is het zonder deze gegevens niet duidelijk of er hiaten op enigerlei vlak zijn, waar deze eventuele hiaten zitten en kan er niet naar een oplossing gezocht worden om deze hiaten te laten verdwijnen. Als hier meer bekend over is zou het allicht iets eenvoudiger worden om een effectief preventie- en signaleringsplan op te zetten.

Samenvattend leidt het bovenstaande tot de volgende vraagstelling:

Hoe groot zou de rol van de jeugdarts en -verpleegkundige kunnen zijn bij het voorkómen en signaleren van vrouwenbesnijdenis en hoe moet dit in de praktijk gerealiseerd worden?

Om tot een goed antwoord op deze brede vraagstelling te komen moeten er een aantal deelvragen geformuleerd worden. De antwoorden op deze deelvragen, die allen een wezenlijk onderdeel van de hoofdvraagstelling uitmaken, zullen gezamenlijk (hopelijk) tot een antwoord leiden op de hoofdvraagstelling. De deelvragen zijn:

- Hoe groot is de algemene kennis van jeugdartsen en -verpleegkundigen over vrouwenbesnijdenis?
- Hoe vaak komen jeugdartsen en -verpleegkundigen vrouwenbesnijdenis tegen?
- Wat zijn de (mogelijk) te ondernemen stappen, gericht op signalering, bij een (vermoeden van) een geval van vrouwenbesnijdenis?
- Wat zijn de (mogelijk) te ondernemen stappen, gericht op preventie, bij een (vermoeden van) een geval van vrouwenbesnijdenis?
- Welke van deze stappen worden doorlopen en waarom?
- Wat zou er kunnen/moeten verbeteren of veranderen aan de huidige situatie? (scholing, mogelijke stappen)

Aan de hand van deze probleemstelling is het onderzoek uitgevoerd.

3.2 Keuze van de onderzoekseenheden

Bij de keuze van de onderzoekseenheden is in de eerste plaats gekeken naar de personen die in het onderzoek betrokken zouden moeten worden. Gezien het literatuuronderzoek en de daaruit voortvloeiende probleemstelling ligt het voor de hand om de aandacht op jeugdartsen en -verpleegkundigen, in hun rol van respondenten, te richten. Hierbij is gekozen voor een 'purposive sample'. Mogelijke respondenten zijn benaderd door middel van oproepen tijdens congressen waar vrouwenbesnijdenis een onderwerp was. Hiernaast zijn meerdere GGD's in Nederland per email benaderd met de vraag of zij aan het onderzoek mee zouden willen werken. Een aantal geïnterviewde respondenten hebben namen gegeven van vrienden/kennissen die ook wel mee zouden willen werken. Er is gestreefd naar respondenten die verspreid over heel Nederland wonen, en een zo goed mogelijke verdeling te krijgen van respondenten die in wijken werken waar veel Somaliërs wonen, en respondenten die in wijken werken waar weinig Somaliërs wonen. Via de per

email benaderde GGD's zijn voornamelijk jeugdartsen en - verpleegkundigen (4-19 jaar) bereikt. Via de sneeuwbal methode zijn ook artsen en verpleegkundigen, werkzaam bij MOA's, bij het onderzoek betrokken. In totaal hebben er 20 respondenten (10 jeugdartsen en 10 jeugdverpleegkundigen) aan het onderzoek meegedaan. Dit aantal werd genoeg geacht om genoeg informatie over het onderwerp te verzamelen. De verspreiding van de respondenten over Nederland en het feit dat zij veel of weinig in contact staan met Somaliërs, samen met het besproken model, zou moeten leiden tot het verkrijgen van representatieve informatie over de specifieke doelgroep (jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen).

Tabel 1: Respondenten

<i>Beroep</i>	<i>Geslacht</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Regio</i>	<i>Controle migranten</i>	<i>Code</i>
Jeugdarts (in opleiding) 4-19 jaar	Vrouw	30 jaar	GGD Achterhoek	Matig (o.a. Turken)	Arts 3
Jeugdarts (in opleiding) 4-19 jaar	Vrouw	35 jaar	GGD Zaanstreek/Waterland	Matig (o.a. Turken, Marokkanen)	Arts 8
Jeugdarts (in opleiding) 4-19 jaar	Vrouw	53 jaar	GGD Zaanstreek/Waterland	Weinig	Arts 9
Jeugdarts 4-19 jaar	Man	52 jaar	GGD Utrecht	Veel (o.a. Marokkanen, Turken, Somaliers)	Arts 4
Jeugdarts 4-19 jaar	Vrouw	42 jaar	GGD Midden-Nederland	Matig (o.a. Marokkanen, vluchtelingen)	Arts 6
Jeugdarts 4-19 jaar	Vrouw	43 jaar	GGD Hart voor Brabant	Veel (o.a. veel Somaliers)	Arts 10
Jeugdarts 4-19 jaar	Vrouw	50 jaar	GGD Zuid-Holland West	Veel (o.a. Somaliers)	Arts 1
Jeugdarts 4-19 jaar	Vrouw	50 jaar	GGD Achterhoek	Weinig	Arts 2
Schoolarts 0-19 jaar	Man	32 jaar	MOA/AZC Leiden en Den Haag	Veel (verschillende nationaliteiten)	Arts 7
Schoolarts 4-19 jaar	Vrouw	37 jaar	GGD Amstelland- de Meerlanden	Weinig	Arts 5
Soc. Verpl. 4-19 jaar	Vrouw	35 jaar	AZC Alphen a/d Rijn	Veel (o.a. somaliers)	Vp 2
Soc. verpl. 4-19 jaar	Vrouw	45 jaar	GG&GD Utrecht	Veel (o.a. somaliers)	Vp 3
Soc.verpl 4-19 jaar	Vrouw	29 jaar	MOA/AZC Den Haag	Veel (verschillende nationaliteiten)	Vp 6
Soc.verpl 4-19 jaar	Vrouw	36 jaar	GGD Amstelland-de Meerlanden	Weinig	Vp 4
Soc.verpl 4-19 jaar	Vrouw	39 jaar	GGD Zaanstreek/Waterland	Matig (o.a. Turken)	Vp 9
Soc.verpl 4-19 jaar	Vrouw	46 jaar	MOA/AZC Amersfoort	Veel (verschillende nationaliteiten)	Vp 5
Soc.verpl 4-19 jaar	Vrouw	50 jaar	GGD Hart voor Brabant	Veel (o.a. veel Somaliers)	Vp 10
Soc.verpl 4-19 jaar	Vrouw	51 jaar	GGD Zaanstreek/Waterland	Matig (o.a. Turken)	Vp 8
Soc.verpl 4-19 jaar	Vrouw	56 jaar	GGD Zaanstreek/Waterland	Matig (o.a. Somaliers)	Vp 7
Soc.verpl. 0-4 jaar	Vrouw	22 jaar	GG&GD Amsterdam	Veel (o.a. Turken, Marokkanen)	Vp 1

3.3 Dataverzameling

Als onderzoeksmethode is gekozen voor het gedeeltelijk gestructureerde interview. De vragen in de vragenlijst (zie bijlage 2) zijn opgesteld aan de hand van de probleemstelling en de subvragen. De bedoeling is om met deze vragen en de antwoorden hierop, een goed beeld te krijgen van de gedragingen, ideeën en denkbeelden van de respondenten. De reden voor deze vorm van het interview is het feit geweest dat vrouwenbesnijdenis een onderwerp is waar niet al te gemakkelijk over gepraat wordt en niet altijd zomaar ter sprake komt. Het structureren van het interview door middel van een vragenlijst heeft er voor moeten zorgen dat alle relevante onderwerpen zeker aan bod zouden komen.

De interviews hebben bijna allemaal op de werkplaats van de respondenten plaats gevonden. In een tweetal gevallen vond het interview bij respondenten thuis plaats. Al deze interviews zijn woord voor woord uitgeschreven voor eventuele latere verdere analyse (hetgeen buiten de reikwijdte van deze scriptie valt), waarbij tekstfragmenten zijn voorzien van labels. Alle labels zijn vervolgens gesorteerd en verder geïnterpreteerd om tot de volgende onderzoeksuitkomsten te leiden.

3.4 Beperkingen

De manier van de werving van respondenten kan ertoe geleid hebben dat de groep niet geheel representatief is voor de gehele JGZ.

Doordat er oproepen voor respondenten op congressen zijn gedaan waar vrouwenbesnijdenis een onderwerp is, is de kans groot dat er mensen gereageerd hebben die al een bovengemiddelde interesse in het onderwerp hebben.

Bovendien kan het feit dat de respondenten deels bereikt zijn door het snowball-effect ertoe geleid hebben dat ook hier personen bereikt zijn met een bovengemiddelde interesse voor vrouwenbesnijdenis. Anderzijds is dit effect allicht opgeheven door respondenten te werven in regio's waar vrouwenbesnijdenis minder vaak voorkomt, doordat hier minder Somaliërs wonen. De meeste respondenten zijn werkzaam in de 4-19-jarigenzorg. Er is geen gelijke verdeling binnen de respondenten wat betreft de consultatiebureau artsen en -verpleegkundigen, MOA/AZC artsen en -verpleegkundigen die werkzaam binnen de 4-19-jarigenzorg.

De interviews zijn alle opgenomen met een taperecorder. Bij één interview is de taperecorder vlak na de start van het interview gestopt met opnemen, zonder dat dit opgemerkt is. Het betreffende interview is met behulp van aantekeningen en het geheugen opgetekend. Bij het volgende interview haperde de taperecorder nogmaals, hierbij zijn kleine fragmenten van het interview verloren gegaan. De resterende interviews zijn met een goed werkende taperecorder opgenomen.

De omgeving waarin het interview plaatsvond was over het algemeen rustig. Een enkele keer was er achtergrondlawaai door een openstaande deur. Soms werden gesprekken onderbroken door werkgerelateerde vragen (persoonlijk of telefonisch) van collega's die niet wisten dat er op dat moment een interview plaats had.

Hoofdstuk 4 Jeugdgezondheidszorg, kindermishandeling en vrouwenbesnijdenis

In de volgende twee hoofdstukken zullen de resultaten van het onderzoek weergegeven worden.

4.1 Populatie

De respondenten (artsen en verpleegkundigen binnen dit onderzoek) werkzaam bij de MOA/AZC zien mensen uit diverse landen (zoals te zien in de tabel op pagina 22). Alle mogelijke nationaliteiten kunnen in een AZC gevonden worden. Als voorkomend zijn onder andere genoemd: Afghanistan, Irak, Iran, Angola, Congo, Liberia, Somalië, Eritrea, Kosovo, Rusland en Soedan.

Een drietal respondenten is werkzaam in wijken waar voornamelijk autochtone Nederlanders wonen. De overige respondenten werken in wijken met uiteenlopende populaties. Als meest voorkomend worden Turken en Marokkanen, Afrikanen en Aziaten genoemd. Zes respondenten geven aan ook een aantal Somaliërs in hun wijk te hebben. Twee van deze respondenten werken in wijken waar zeer veel Somaliërs wonen.

4.2 Communicatie

In het theoretisch kader is naar voren gekomen dat preventie, in de vorm van communicatie, een belangrijk deel uitmaakt van de JGZ. Hieruit is ook gebleken dat een goede communicatie van een aantal factoren afhankelijk is. Aangezien het bij de problematiek rond vrouwenbesnijdenis binnen de JGZ voornamelijk over interculturele communicatie gaat, is er tijdens het onderzoek nagegaan hoe de communicatie verloopt met kinderen en/of ouders die de Nederlandse taal niet (geheel) machtig zijn.

Communicatie

Iedere arts en verpleegkundige gaf aan dat gesprekken die in het kader van periodieke controles (zie paragraaf 'Werkzaamheden') met mensen met een niet-Nederlandse achtergrond over het algemeen goed verlopen. Indien één van de gesprekspartners de taal van de ander niet machtig is, is er met handen en voeten alleen al veel te bereiken. Eén verpleegkundige gaf aan al jaren in dezelfde wijk te werken en hierdoor wist zij hoe ze het beste met dit soort situaties om kan gaan.

Taalbarrière en tolken

Een probleem bij dit handen-en-voetenwerk is echter dat er, zonder de aanwezigheid van een tolk, alleen een zeer basaal gesprek kan plaatsvinden, waar niet altijd zo diep op bepaalde aspecten ingegaan kan worden als de verpleegkundigen zouden willen. Hetzelfde werd in iets mindere mate door artsen aangegeven.

De oplossing hiervoor zou het inschakelen van een officiële tolk zijn. Of dit ook daadwerkelijk gebeurt hangt af van de problematiek. Een periodieke controle waar geen bijzonderheden aan het licht komen vereist minder snel het inzetten van een tolk dan een gesprek over een bepaalde aandoening, (bijv. diabetes mellitus) de behandeling en de bijkomende leefregels.

Het inschakelen van een officiële tolk kost echter tijd zodat er vaak een vervolgspraak gemaakt wordt zodat er ruimte is om de tolk in te schakelen. Twee verpleegkundigen en een arts gaven aan op deze manier te werken.

Het probleem dat dit met zich meebrengt is dat er enige tijd verstrijkt voordat de problematiek daadwerkelijk besproken kan worden.

Naast het gebruik van officiële tolken gaf een klein deel van de verpleegkundigen en artsen aan dat er soms een oudere broer/zus of kennis meegenomen wordt of het betreffende kind tolkt zelf. Eén verpleegkundige en één arts gaven hierbij aan nooit kinderen als tolk te gebruiken. Dit zou een machtspositie van het kind in de hand werken, en bovendien weet men dan niet wat er precies vertaald wordt. Drie artsen vermeldden dat ze (bijna) nooit een tolk inschakelen, onder andere door de bovengenoemde problematiek die de kop op kan steken.

Opvattingen en gebruiken

Behoudens de mogelijke taalbarrière werd er als ander probleem aangegeven dat mensen uit andere culturen soms andere opvattingen of gebruiken hebben, waar men niet altijd weet van heeft.

Als een verschil in opvatting werd door een verpleegkundige gemeld dat bij sommige groepen het slaan van het kind als iets heel normaal gezien wordt, terwijl dit in Nederland niet zo is. Een andere

verpleegkundige en vier artsen gaven aan dat sommige problemen niet gemakkelijk besproken worden, omdat hier een taboe op rust of dat het als 'de vuile was buiten zetten' gezien wordt. Als voorbeeld wordt bedplassen genoemd. Eén verpleegkundige, werkzaam in een AZC, gaf aan wel eens vaders op het spreekuur gehad te hebben die het vreemd vonden om door een vrouw aangesproken te worden, en dat de vaders de antwoorden voor de kinderen geven, in plaats van ze zelf te laten antwoorden. Een andere verpleegkundige gaf liever adviezen aan de moeder dan aan de vader, omdat deze minder van het wel en wee van het kind af zou weten als in het traditioneel gezin, waarbij de moeder thuis zit en voor de kinderen zorgt en de vader voor de inkomsten. De verschillen in cultuur en opvattingen zouden volgens één verpleegkundige zelfs niet met behulp van een tolk ondervangen kunnen worden omdat deze niet goed in woorden te vatten zijn.

'Ik probeer de broodnodige informatie, daar probeer ik achter te komen, en de rest laat ik zitten. Dat is ook een beetje ervaring. In het begin stortte ik me daar helemaal op, daar heb ik wel heel veel energie en tijd ingestoken, ook om juist te proberen de cultuurverschillen te overbruggen en adviezen te geven en ze toch iedere keer weer opnieuw te adviseren dat het niet gezond is om te dik te zijn en niet mooi is en dat soort dingen. Daar heb ik heel erg m'n hoofd mee gestoten omdat het blijkt dat ze daar uiteindelijk dan toch niks mee doen, of vaak niks mee doen. Dus ik ben met de slecht geïntegreerde gezinnen, die heel erg in hun eigen straatje praten en niet van plan zijn om het cultuurverschil te overbruggen, daar hou ik me vrij afzijdig.

...

Nou, en als ik dan iemand tegenover me heb zitten die én al 20 jaar in Nederland woont én niet de moeite heeft gedaan om de Nederlandse taal te leren en ze zitten nog heel erg in hun eigen denkwereld en hebben de Nederlandse normen en waarden niet geïntegreerd in hun eigen denken, ja, wie ben ik dan om hun een lesje te leren en te zeggen van, nou hier in Nederland doen wij het anders? Dat doe ik niet meer.' (arts 8)

Om het probleem van een taalbarrière en verschillende manieren van communicatie op te vangen kan er gebruik gemaakt worden van een voorlichter eigen taal en cultuur (vetc'er), wat door twee verpleegkundigen ook daadwerkelijk gedaan wordt. Zij geven dan opvoedingscursussen of gaan als een soort zorgbemiddelaar mee op huisbezoek.

Twee artsen gaven aan dat ouders en kinderen van een bepaalde taalgroep op een dag uitgenodigd kunnen worden, waarbij dan de tolk voor die taalgroep vooraf geregeld kan worden.

Dit wordt momenteel wel gedaan als er zich problemen voordoen die besproken moeten worden, bijvoorbeeld bij kindermishandeling.

Alhoewel over het algemeen gesprekken tussen de respondenten en mensen met een niet Nederlandse achtergrond goed lijken te verlopen, zijn er toch enkele elementen die een obstakel kunnen vormen.

De problemen rond de taalbarrière maken dat gesprekken niet altijd optimaal verlopen, waardoor ze op een basaal niveau plaatsvinden. Omdat het inzetten van officiële tolken tijd kost en een basaal gesprek meestal wel mogelijk is, wordt dit niet vaak gedaan. Tevens kunnen verschillen in opvattingen of gebruiken voor een stagnatie in het gesprek zorgen. Bijgevolg zou het zo kunnen zijn dat ingewikkelder problematiek, zoals vrouwenbesnijdenis, tijdens een gesprek niet goed aan bod kan komen.

4.3 Werkzaamheden

In de achtergrondinformatie (vanaf pagina 7) is terug te vinden wat de officiële werkzaamheden binnen de JGZ inhouden. Hieronder is terug te vinden wat de respondenten als hun belangrijkste werkzaamheden aangaven.

GGD 0-4

De werkzaamheden van de enige verpleegkundige in deze sector bestaan uit het voeren van consulten met kinderen, waarbij ze gewogen en gemeten worden. Verder bestaan de werkzaamheden uit huisbezoeken bij pasgeborenen, het advies geven over, en beantwoorden van vragen van de ouders, over opvoeding en gezondheid.

GGD 4-19

Verpleegkundige

Alle kinderen in groep 6/7 (rondom de leeftijd van 10 jaar) worden door de verpleegkundige gezien. Op dit moment wordt het zogenaamde periodiek gezondheidsonderzoek afgenomen dat bestaat uit

het controleren van onder andere de lengte, het gewicht, de groei en ogen en oren. Als hier problemen mee zijn worden kinderen naar de arts verwezen.

Hiernaast vindt ook een sociaal emotioneel onderzoek plaats. Hierbij wordt gekeken hoe het kind functioneert in zijn omgeving, thuis, op school, met vriendjes, en hoe bijvoorbeeld het eet- en slaapgedrag en de zindelijkheid is. Aan de hand hiervan worden er al dan niet opvoedingsadviezen of -voorlichting aan de ouders/school gegeven.

Door de invoering van het basistakenpakket bevinden sommige GGD's zich in een overgangperiode omdat zij voorheen kinderen op een andere leeftijd controleerden (bijv 7-8 jaar in plaats van 10 jaar). De kinderen die hierdoor tussen de twee groepen invallen worden dan alleen op indicatie gezien. Dit kan gebeuren door vragen van personen uit de omgeving van het kind of naar aanleiding van gegevens uit het dossier, waaruit blijkt dat een kind een zogenaamd 'probleemkind'¹ is. Twee verpleegkundigen gaven aan dat zij ook kinderen in klas 2 van het voortgezet onderwijs gezien. Buiten deze vaste contactmomenten om kunnen kinderen naar aanleiding van vragen van ouders of de school, zowel bij de arts als de verpleegkundige, op indicatie gezien worden.

Naast deze algemene werkzaamheden, die binnen elke GGD plaatsvinden, geven verschillende GGD's ook een eigen invulling aan de uitvoering van hun taken. Zo gaf één verpleegkundige aan dat er specifieke voorlichting aan allochtonen gegeven wordt. Een andere verpleegkundige gaf aan dat er zogenaamde 'gezondheidsbeleidsuren' voor scholen zijn ingesteld. Elke leerling is hierbij 2,5 minuut waard. Een klas van 20 leerlingen heeft dus een gezondheidsbeleidsuur van 50 minuten. De invulling van dit 'uur' gebeurt door de school zelf, in samenwerking met de GGD, al naar gelang waar behoefte aan is. Er kan bijvoorbeeld informatie gegeven worden over hoofdluis of tandenpoetsen, of er kan een inloopspreekuur voor leerlingen en ouders van gemaakt worden.

Arts

De arts ziet het kind in groep 2 (4-5 jaar) en klas 2 van het voortgezet onderwijs. Kinderen worden ook gezien op indicatie, naar aanleiding van vragen van bijvoorbeeld school of ouders, als zij door de jeugdverpleegkundige doorverwezen worden of als de arts zelf bij het reguliere onderzoek problemen constateert die vragen om een extra controle. De jeugdarts kan, indien nodig, de kinderen verwijzen naar de huisarts of het speciaal onderwijs.

De periodieke lichamelijke controle bij de arts bestaat uit het onder andere controleren van de ogen, oren, gewicht, lengte, houding, hart en longen. Er wordt ook gekeken naar motoriek, spraak en het functioneren in de sociale omgeving. (thuis, op school, vrije tijd) Twee van de respondenten gaven specifiek aan op vermoedens van kindermishandeling te letten.

MOA/AZC

Verpleegkundige

Vanuit de MOA wordt hetzelfde basistakenpakket aangeboden als bij de GGD, te weten het geven van de vaccinaties en het periodiek onderzoek waar naar de lichamelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling gekeken wordt. De dossiers worden bekeken op eventuele gaten in de gezondheidszorg in het land van herkomst. Er wordt ook hier (groeps)voorlichting over allerlei onderwerpen gegeven. Bovendien wordt er aandacht besteed aan seksuele voorlichting die rond het 10^e levensjaar wordt gegeven. Dit kan op individueel of groepsniveau plaatsvinden. Hierbij worden met behulp van plaatjes onderwerpen rond menstruatie en seksualiteit besproken.

De verpleegkundigen binnen de MOA dragen ook zorg voor de toegeleiding naar de reguliere zorg.

Arts

De enige arts die werkzaam is bij de MOA gaf aan in principe dezelfde werkwijze te hebben als artsen bij de GGD, met dit verschil dat kinderen die nieuw aankomen meteen een eerste onderzoek krijgen en er vervolgens ook regelmatigere contacten zijn dan bij de GGD. Verder wordt er extra goed gelet op psychosociale problemen (trauma's opgelopen in het land van herkomst), infectieziekten en voedingsproblemen.

¹ Een probleemkind is een kind waar zich, zoals het woord al zegt, bepaalde problemen bij voordoen, die extra aandacht nodig hebben. Het kan hierbij gaan om allerlei stoornissen in de lichamelijke of sociaal-emotionele ontwikkeling in de breedste zin van het woord.

4.4 Kindermishandeling

Daar vrouwenbesnijdenis volgens de wet een vorm van kindermishandeling is wordt hier eerst gekeken hoe vaak men kindermishandeling binnen de JGZ tegenkomt, en hoe er mee omgegaan wordt. Vervolgens wordt in het volgend hoofdstuk specifiek naar vrouwenbesnijdenis gekeken.

Incidentie kindermishandeling

Medewerkers binnen de JGZ komen regelmatig in aanraking met vermoedens op, of gevallen van kindermishandeling. Slechts één verpleegkundige had nog nooit een geval van kindermishandeling meegemaakt, maar zij was slechts 1,5 jaar werkzaam op het consultatiebureau.

Werkwijze kindermishandeling

Bij een vermoeden, of een geval van kindermishandeling, wordt in de meeste gevallen aan de hand van een protocol gewerkt. Eén arts en verpleegkundige, werkzaam in dezelfde regio, beschikken niet over een protocol. In deze regio wordt aan een protocol voor kindermishandeling gewerkt.

De overige respondenten hebben wel de beschikking over een protocol.

Alle verpleegkundigen gaven aan het protocol in meer of mindere mate te volgen, waarbij drie verpleegkundigen aangaven dat ze dit vaak in overleg met collega's of de arts doen.

Slechts twee artsen gaven aan altijd precies het protocol te volgen, en zes artsen volgen de grote lijnen van het protocol, maar merkten net als vier verpleegkundigen op, dat elk geval verschillend is en een individuele aanpak vereist.

Drie artsen gaven aan volgens het protocol te handelen maar dat ze het er niet meer daadwerkelijk bijpakken als er zich een geval van kindermishandeling voordoet, omdat zij al weten hoe het aangepakt moet worden.

Of er al dan niet strikt volgens het protocol gewerkt wordt, de grote lijnen gevolgd worden of er overleg met collega's plaatsvindt, lijkt niet af te hangen van de plaats waar de respondenten werkzaam zijn maar meer met hun eigen ervaring en expertise op het gebied.

'Ik gebruik eigenlijk niet echt het protocol maar wel de dingen die erin staan, dus de kennis. Ik lees er veel over en ik heb er inmiddels ook wel ervaring mee, dus ik heb, ik volg niet echt een stappenplan van het protocol.

Waarom niet?

Omdat iedere situatie uniek is en ik meestal niet zo'n probleem heb om het te bespreken. Ik ben zelf niet bang om het te bespreken met ouders, ik ben niet bang voor boze ouders en de gesprekken lopen over het algemeen redelijk goed en ik weet waar ik op moet letten. Ik weet wat signalen zijn dus ik hoef dat protocol, daar staat in waar moet je op letten, wanneer moet je daar aan denken, ja, dat is kennis die ik al heb. Wat zijn de volgende stappen, ja, dat weet ik ook. Daarom gebruik ik het niet, het zit eigenlijk gewoon in m'n hoofd.' (arts 8)

In het algemeen kan gezegd worden dat de respondenten, al dan niet via een protocol (afhankelijk van de eigen ervaring met het onderwerp), elk geval, of vermoeden van kindermishandeling, individueel en afhankelijk van de situatie behandelen.

Als er zich een vermoeden van kindermishandeling voordoet, worden deze vermoedens normaal gesproken getoetst. Verpleegkundigen bespreken hun vermoedens over het algemeen meer met collega's dan met artsen, terwijl artsen juist meer informatie en signalen via school opvangen. In één à twee gevallen wordt de huisarts en het buurtnetwerk als extra informatiebron genoemd. De helft van de artsen en verpleegkundigen bespreken de vermoedens ook met de ouders en het kind zelf, op een niet verwijtende en oordelende manier.

Vervolgens kunnen er stappen ondernomen kunnen worden, waarbij het gezin begeleid wordt en er geprobeerd wordt om ze in de hulpverlening te krijgen.

Hiernaast kan een gezin volgens drie verpleegkundigen doorverwezen worden naar een andere instantie, bijvoorbeeld het RIAGG of Bureau Jeugdzorg. Eén van deze verpleegkundigen gaf aan dat de arts met de problematiek aan de slag gaat, omdat deze meer mogelijkheden heeft.

AMK

De meerderheid van de respondenten vraagt wel eens advies aan het AMK over de te ondernemen stappen, waarna er vervolgens eventueel een melding gedaan kan worden. Een melding kan volgens zeven artsen gedaan worden als de zaak zeer ernstig is en de ouders niet aan een

hulpverleningstraject willen deelnemen en de hele zaak vastloopt. Twee verpleegkundigen hebben hiertoe standaard elke 4 en 6 weken een terugkerend overleg met het AMK.

'Nou, als het dus, als je toch signalen hebt, en vermoedens hebt en aan alle kanten loopt het stuk en je ziet dus op een gegeven moment dat het hartstikke fout gaat met de kinderen, dan moet je wel eens ook buiten het weten van de ouders om, dat je denkt van, ik moet nu ingrijpen want als ik niks doe, dan staat er straks voor op De Telegraaf van er is een kind vermoord, bij wijze van spreken. Maar daar moet je, dat moet je ook leren, ik ben al ervaren hierin, in je werk dan. En dat je bij je onderzoek iets van, ik denk van, dan moet je vaak, en op school, ja maar, ik durf niet, ik durf niet te bellen want.. maar ja, die fase ben ik voorbij. Het kind is belangrijker. Straks gebeurt er wat en dan krijg je spijt dat je niets gedaan hebt. Maar het is natuurlijk niet leuk om zoiets te signaleren. Je doet het ook liever niet hier, je doet het rechtstreeks via de ouders maar goed ja, als je de ouders oproept en ze komen maar niet en ze komen maar niet en je ziet ze toch verder afglijden en de problemen groter worden en groter worden, dan moet je wel eens een stap nemen. Het is dus zo, als er dus echt hele duidelijke signalen zijn, hoe meer meldingen er zijn van verschillende kanten, hoe meer mogelijkheden je hebt om het aan te pakken...(?) zodra je het gemeld hebt dus bij het AMK, dat het kind uit huis gehaald wordt. Dat is de insteek helemaal niet. Het is juist de insteek, "we zorgen dat het kind in huis kan blijven." Maar dat is het onbegrip en onwetendheid van de werkzaamheden.' (verpleegkundige 7)

Juridische gevolgen

Geen van de verpleegkundigen of artsen heeft ooit een juridisch proces aangaande kindermishandeling meegemaakt. Eén arts is wel eens via haar beroep als forensisch geneeskundige bij een zaak betrokken geweest. Eén verpleegkundige heeft wel een collega die ooit als getuige is opgetreden, tegen een andere verpleegkundige zijn wel eens klachten ingediend en nog een andere verpleegkundige heeft wel eens een geval meegemaakt waarbij de vader is aangeklaagd. Een arts heeft wel eens met een zeer boze ouder te maken gehad in verband met een melding aan het AMK maar dit is uiteindelijk uitgesproken.

Acht verpleegkundigen en zes artsen gaven aan dat zij wel aan een juridisch proces zouden meewerken, indien dit in het belang van het kind zou zijn.

'Het zou m'n eer te na zijn als ik het gevoel heb dat ik dat kind zou laten vallen omdat ik niet juridische stappen zou durven ondernemen.' (verpleegkundige 7)

Er werd echter wel aangegeven dat dit geen gemakkelijk te ondernemen stap is en dat men wel heel erg zeker van zijn zaak moet zijn voordat er tot iets dergelijks overgegaan wordt. Hierbij werd door een paar artsen aangegeven dat het zeer belangrijk is om alle ondernomen stappen goed te documenteren zodat men kan laten zien dat de juiste stappen zijn ondernomen. Ook kan het beroepsgeheim een probleem opleveren bij het meewerken aan een juridische zaak.

Eén verpleegkundige vertelde dat zij zich moreel verplicht voelt om mee te werken maar vraagt zich af of zij dit ook daadwerkelijk zou doen als de tijd daar is. Eén andere verpleegkundige kon zich niet voorstellen dat zij aan een juridisch proces zou moeten meewerken, gezien het feit dat het AMK hier meestal mee aan de slag gaat en zij zelf buiten deze procedure staat.

Twee artsen gaven aan dat zij als arts hun bevindingen kunnen doorgeven maar daar verder niets aan toe te voegen hebben, waardoor zij zelf niet als getuige zouden optreden.

Bijna elke respondent heeft de beschikking over een protocol en gebruikt deze in meer of mindere mate, onder andere afhankelijk van de eigen ervaring met het onderwerp. Hoewel kindermishandeling een beladen onderwerp blijft zijn de te ondernemen stappen duidelijk en worden deze ook uitgevoerd.

Hierbij wordt er vaak advies van het AMK ingewonnen, aangezien er daar veel expertise op het gebied van kindermishandeling is. Het is frappant dat bijna niemand ooit aan een juridisch proces heeft meegewerkt, alhoewel de meerderheid van de respondenten dit wel zou doen.

Bij analyse van de gegevens lijkt er geen relatie te zijn tussen de leeftijd van de respondenten, de plaats waar zij werken en hun manier van aanpak. Dit komt allicht doordat iedereen in zekere mate het protocol voor kindermishandeling volgt en min of meer of dezelfde aanpak heeft, met enkele individuele verschillen.

Relatie kindermishandeling en vrouwenbesnijdenis

Alle verpleegkundigen en artsen vinden vrouwenbesnijdenis een vorm van kindermishandeling. Als reden hiervoor werd gegeven dat vrouwenbesnijdenis een moedwillige vermindering van het (jonge) kind is, waar het kind bovendien niets over te zeggen heeft.

Twee artsen, die allebei met Somalische mensen wel eens over vrouwenbesnijdenis gesproken hebben, vinden dat met name de zwaardere vormen van vrouwenbesnijdenis onder kindermishandeling vallen en de lichte vorm (sunna) niet. Eén van deze artsen trok ook een vergelijking met jongensbesnijdenis:

[...] 'Ik vind dat moeilijk, ik vind uiteindelijk dat ouders op een bepaald moment ook eigen keuzes mogen maken. Als de ouders voor jongens de keuze mogen maken om dat kind te laten besnijden, dan denk ik ook wel eens van, tjonge, ik heb zelf heel veel operaties meegemaakt in het ziekenhuis, ik ben assistent geweest dus circumcisies, dat hoorde bij mijn opleiding. Waarom mag een jongetje dan wel een besnijdenis, een circumcisie, het is standaard geaccepteerd in Nederland, en waarom mag je een meisje, afhankelijk van de vorm, dan niet bijvoorbeeld een soort rituele besnijdenis of' (arts 6)

Twee verpleegkundigen, die niet in aanraking zijn geweest met vrouwenbesnijdenis, gaven aan, in tegenstelling tot het bovenstaande, dat als vrouwenbesnijdenis een vorm van kindermishandeling is, dit dan eigenlijk ook op jongensbesnijdenis van toepassing is.

Het classificeren van vrouwenbesnijdenis als een vorm van kindermishandeling werd door een aantal hieronder beschreven respondenten wel als moeilijk ervaren.

Vijf verpleegkundigen en drie artsen hebben, buiten het feit om dat zij vrouwenbesnijdenis een vorm van kindermishandeling vinden, er zo ook hun bedenkingen bij. Twee van deze verpleegkundigen werken in een AZC en zijn wel eens met vrouwenbesnijdenis in contact gekomen, twee van de artsen werken in wijken (Den Haag en Tilburg) waar Somaliërs wonen.

De culturele, maatschappelijke en religieuze context is van zo'n grote invloed dat het niet altijd even makkelijk is om te bepalen of het nu echt om kindermishandeling gaat. Ouders handelen immers volgens hun interpretatie in het belang van hun kind. Het één en ander zou afhangen van de gradatie van de besnijdenis en de mogelijke klachten. Bovendien gaf één verpleegkundige aan dat vrouwenbesnijdenis zich wel op de grens van kindermishandeling begeeft aangezien het niet om een voortdurend proces gaat.

[...] 'In wezen zou je het kindermishandeling kunnen noemen. Maar als je het weer afzet in culturele aspecten en ja, nou ja goed, dan voel ik mezelf niet in staat om, dan vind ik eigenlijk dat Somalische mensen waar, uit die cultuur, zelf moeten aangeven of ze dat ook mishandeling vinden want als, hoe moet ik dat nou uitleggen? Ik kijk er heel erg vanuit mijn westerse normen naar. Als een kind volledig uitgestoten wordt en niet uithuwelijkbaar is en ga zo maar door, in wezen buiten de gemeenschap valt die met elkaar moet voortbestaan, dan kan ik wel roepen, dat mag niet en je mishandelt je kind maar dan neem je weer wat anders van dat kind mogelijk af. Dat vind ik dus heel dubbel want m'n gevoel zegt ja maar dat kan je niet maken.' (verpleegkundige 5)

Opvallend hier is dat degenen die gematigd zijn in hun uitspraken wat betreft de relatie tussen vrouwenbesnijdenis en kindermishandeling, bijna allemaal met Somaliërs te maken hebben binnen hun werk. De vraag is echter waarom zij zo gematigd zijn en wat voor gevolgen dit heeft voor de preventie van vrouwenbesnijdenis.

4.5 Vrouwenbesnijdenis en JGZ

Kennis en opleiding m.b.t. vrouwenbesnijdenis

De helft van de artsen en de verpleegkundigen gaf aan niets over vrouwenbesnijdenis in hun opleiding gehad te hebben. In een aantal gevallen wordt dit geweten aan het feit dat zij al geruime tijd geleden afgestudeerd zijn en dat vrouwenbesnijdenis op dat moment geen item was. Eén verpleegkundige vindt het wel een belangrijk onderwerp maar meent dat er ook niet aan alles aandacht besteed kan worden, terwijl twee andere verpleegkundigen menen dat dit onderwerp zeker in de opleiding zou moeten zitten, zeker als men in een wijk met veel Somaliërs werkt. De verpleegkundigen die hier niets over in hun opleiding gehad hebben, hebben nog nooit een geval van vrouwenbesnijdenis meegemaakt, en werken niet in wijken of centra waar (veel) Somaliërs wonen.

Van de artsen daarentegen, werken er twee in Tilburg en Den Haag en één in een wijk met een aantal Somaliërs. Als er teruggekeken wordt naar het model voor interculturele communicatie, waarin beschreven wordt dat kennis, in dit geval over vrouwenbesnijdenis, van groot belang is bij het voeren van een gesprek en het kunnen interpreteren van het (non)verbale gedrag, is het verontrustend om te zien dat er respondenten zijn die wel degelijk met vrouwenbesnijdenis te maken zouden kunnen krijgen, maar hier geen scholing over gehad hebben.

Van de vijf verpleegkundigen waarbij tijdens hun opleiding of een bijscholing vrouwenbesnijdenis behandeld is, werken er drie bij een AZC, (die ook wel eens een geval van vrouwenbesnijdenis hebben meegemaakt - zie volgende paragraaf) en één in een wijk waar veel Somaliërs wonen (Tilburg). Zij gaven aan dat het een belangrijk onderwerp is om van op de hoogte te zijn. Van de vijf artsen die ooit iets over vrouwenbesnijdenis gehoord hebben, werkt er één in een AZC en één in een wijk waar een aantal Somaliërs wonen.

De verpleegkundigen scoorden hun eigen kennis over vrouwenbesnijdenis (op een schaal van 1 tot 10) van 1 tot en met 8. Negen van de tien scoorden zichzelf met een 6 of lager. Het betreft hier twee scores van 1, een score van 3 à 4, vier scores van 5 en twee van 6. Bij deze scores wordt over het algemeen aangegeven dat zij er wel iets over weten maar dat dat zeker niet veel is. De leeftijd waarop, en de bevolkingsgroepen waarbij vrouwenbesnijdenis plaatsvindt, is niet altijd bekend. Vaak is wel bekend dat er verschillende vormen van vrouwenbesnijdenis bestaan en wat de mogelijke klachten hierbij zijn.

Eén verpleegkundige gaf het volgende over vrouwenbesnijdenis aan:

'Het is nog nooit eerder bij mij opgekomen, bij anderen misschien wel. Je hebt er wel eens wat van gehoord maar na het lezen van het boekje "Mijn woestijn - Waris Dirie" is het ook nog veel anders als ik had gedacht.' (verpleegkundige 8)

Drie verpleegkundigen gaven zichzelf een 5 à 6, om het feit dat ze enige basiskennis over vrouwenbesnijdenis hebben, maar dit nog nooit in de praktijk hebben meegemaakt. Onder deze basiskennis verstaan zij zelf (afhankelijk van de respondent) de verschillende types van besnijdenis, de leeftijd waarop het gebeurt en de groepen waar het bij voorkomt.

De cijfers van de artsen variëren van 4/5 tot en met 8 (op een schaal van 10).

De acht artsen die zichzelf niet hoger dan een 6 scoorden geven in het algemeen aan wel wat te weten maar zeker niet alles. Net als bij de verpleegkundigen is de leeftijd waarop, en bij welke bevolkingsgroepen vrouwenbesnijdenis plaats vindt, niet altijd bekend. Een andere vraag is of vrouwenbesnijdenis nu juist wel of niet iets met de islam te maken heeft. Bovendien werd ook aangegeven dat wat er bekend is vooral boekenwijsheid is, maar dat er geen tot weinig praktijkervaring is. Eén arts gaf aan wel meer dan de gemiddelde Nederlander te weten maar niet genoeg om goede adviezen te geven of adequaat te handelen.

De enige arts die zichzelf met een 8 beloofde, is een tijd in Mogadishu geweest en heeft daar gevallen van vrouwenbesnijdenis meegemaakt.

Kennisvergaring

Als de respondenten iets meer over vrouwenbesnijdenis te weten willen komen werd (vak)literatuur als belangrijke bron genoemd door alle verpleegkundigen en meer dan de helft van de artsen. Bijna de helft van de respondenten gaf aan waarde te hechten aan overleg met collega's die er (meer) verstand van, of ervaring mee, hebben. Naast vakliteratuur en collegae werd Stichting Pharos als kenniscentrum ook door de helft van de respondenten als informatiebron aangewezen. Als overige bronnen van kennis noemden twee artsen en twee verpleegkundigen tevens de opleiding of bijscholingen. De media, in de vorm van de krant en documentaires en specifiek het boek *Mijn woestijn* van Waris Dirie, werden tevens een paar maal genoemd.

Problemen rond kennisvergaring

Een typerend probleem omtrent kennisvergaring dat zich echter in de JGZ voordoet wordt in de volgende quote beschreven:

'Ja, die artikelen heb ik wel gelezen. Ik heb er niet meer informatie over opgezocht. Ik heb niet de verwijzingen die daar genoemd worden gebruikt.

Eh, ik heb ze wel gelezen omdat het me interesseerde, omdat ja, je begint te lezen vanuit je eigen vakgebied, ik heb daar dan andere boeken over gelezen die me meer in z'n algemeenheid

interesseerden als arts. Omdat ik het verder niet, er eigenlijk, eh, dan denk, dan zou ik het (vrouwenbesnijdenis) moeten zien, dan zou ik het daar en daar en daar moeten zien en daar let ik dan op, of ik signalen opvang. Maar verder heb ik er eigenlijk niet mee te maken gehad in, het vakgebied is eigenlijk zo verschrikkelijk breed dat je eigenlijk pas dieper in dingen duikt, behalve als je, je leest algemene tijdschriften, en je duikt er dieper in als je daar mee te maken krijgt of als je er iets verder mee wilt. En anders niet want het is gewoon niet bij te houden allemaal.’ (arts 2)

Helaas heeft maar liefst de helft van de respondenten nog nooit een cursus/bijbscholing over vrouwenbesnijdenis gehad. Een aantal van deze respondenten hebben wel Somaliërs in de wijk. De kennis over vrouwenbesnijdenis die aanwezig is bij jeugdartsen en -verpleegkundigen, zoals dat door henzelf aangegeven werd, is niet zeer uitgebreid. Zelfs als het onderwerp vrouwenbesnijdenis ooit in de opleiding behandeld is, worden basale vragen als; ‘op welke leeftijd vindt het plaats?’ en ‘bij welke bevolkingsgroepen vindt het plaats?’ regelmatig gesteld. Deze informatie is van groot belang als men effectief met de preventie en signalering van vrouwenbesnijdenis aan de gang wil gaan.

Incidentie van vrouwenbesnijdenis

Drie van de acht artsen die eerst meldden nog nooit met vrouwenbesnijdenis in aanraking geweest te zijn, geven even later wel aan dat zij, respectievelijk, met een Somalische moeder over haar dochter hadden gepraat, een besneden meisje met daaraan gerelateerde klachten (via een leerkracht) heeft gezien en een moeder gezien heeft die zelf besneden was. De eerste twee artsen zijn hiermee in aanraking gekomen doordat zij, respectievelijk, in een AZC en in een wijk (Tilburg), waar veel Somaliërs wonen, werken. Een andere arts (Den Haag) weet dat haar collega eens een besneden meisje voor zich had, zij heeft deze toen doorgestuurd naar de gynaecoloog.

Twee artsen gaven aan vrouwenbesnijdenis niet binnen de GGD tegengekomen te zijn, maar wel bij de gynaecologieafdeling waar één arts vroeger gewerkt heeft. De andere arts heeft direct contact gehad met Somalische vrouwen die zelf besneden waren.

Drie verpleegkundigen (die alledrie bij de MOA/AZC werkzaam zijn) hebben wel eens een geval of een vermoeden van vrouwenbesnijdenis meegemaakt. Het ging hierbij in twee gevallen om meisjes die al besneden waren waarbij het in het dossier stond, eenmaal om een vermoeden dat een meisje besneden zou kunnen zijn, en een vermoeden dat een meisje misschien besneden is toen de familie korte tijd op vakantie naar Engeland is geweest.

Zeven verpleegkundigen en acht artsen gaven aan nog nooit een geval of een vermoeden van vrouwenbesnijdenis tegengekomen te zijn. Eén van deze verpleegkundige gaf expliciet aan dat ze geen idee heeft wanneer je zo’n vermoeden zou moeten hebben. Een andere verpleegkundige heeft wel het volgende meegemaakt:

‘We hebben een bijbscholing gehad van Pharos. Dat is het afgelopen schooljaar geweest, dat vond ik echt heel interessant. Ik ben na die tijd wel, ik zat toen nog op het voortgezet onderwijs, dan zit ik met 13-14 jarigen, en toen heb ik eigenlijk wel regelmatig aan allochtone meisjes gevraagd of ze besneden waren. Of dat bij hen gebruikelijk was, dat het gedaan werd. Ik weet nog van een Somalisch meisje, die zei, “mijn moeder is besneden, maar ik laat het niet doen.” [...] Die moeder had het zo erg gevonden en die ja, die was zo al hier in deze cultuur aangepast dat ze zegt: “Nee, mijn dochter hoeft dat niet.” ‘ (verpleegkundige 10)

‘Ik heb wel een keer, daar zit ik nou aan te denken, ik heb wel een keer, dat ik een telefoontje van de school heb gekregen en dat een leerkracht mij belde: “Het meisje komt hier na het weekend hier op school en die kan niet meer zitten. Die kan eigenlijk niet zitten, die moet iedere keer, het been wordt onder de billen geschoven en zo zit ze en anders zit ze niet.”

Toen zei ik: “Waar denk je dan aan”, en toen ze zei ze, “Ja, ik weet het niet maar ik denk dat ze misschien besneden is.” Ik moet eerlijk zeggen, toen stond me dat ook zo vreemd voor ogen, ik heb daar toen wel met mijn arts over gesproken, van wat moet ik daar mee? Ik wist het ook echt niet. En eh, toen hadden we ook allebei zoiets van, ja, wat moeten we er mee? Nu heb ik wel zoiets, ik heb er dus verder niks mee gedaan. Als me zoiets nog een keer overkomt, ik ga in ieder geval wel proberen om een gesprekje met zo’n kind aan te gaan.

Dacht u op dat moment, toen, van ze zou wel eens besneden kunnen zijn?

Nee, dat.(?) helemaal niet nee. Nee. Dat(?) zat bij mij heel ver weg ja. En ik moet zeggen, nu na die bijbscholing, ja, daar is dan, dat maakt je ogen dan toch weer open. Dan kijk je er wel met andere ogen weer tegenaan.’ (verpleegkundige 10)

Zes artsen gaven aan dat het goed mogelijk is dat zij wel eens een besneden meisje voor zich gehad hebben, zonder dat zij het wisten.

'Die (de populatie van betreffende arts) voor een deel natuurlijk ook uit de gebieden komen waar we het nu over hebben. Dus het probleem waar je voor komt, dat kon wel eens al vele malen hier aan tafel hebben gezeten, zonder dat ik dat weet.' (arts 4)

Heeft u ooit een vermoeden gehad dat een kind besneden was of misschien zou worden?

'Nee, ik was ook niet zo voorgelicht. Toen ik het hoorde op het congres dat ik dacht "O ik zie zoveel meisjes, misschien heb ik het ook wel gehad. Ik heb bijvoorbeeld een Somalisch meisje uit groep 2 gezien, omdat ze slechte ogen had. Ik heb haar nog een paar keer voor controle gezien maar ik heb nooit bedacht dat ze misschien besneden zou zijn."

....'

'Ik denk, een collega heeft het een keer meegemaakt, dat was zo ingrijpend, volgens mij heeft ze het meisje naar de gynaecoloog gestuurd. En ook daarna, wij hebben het er niet meer over gehad tot dat congres. Ik dacht "O, ik zit wel in zo'n wijk dus ik zou meer moeten opletten."' (arts 1)

'Er is nu weer een moeder met een dochttertje naar Engeland gegaan, dat is waar trouwens, die was nog heel klein. De vader en die zoon zijn achtergebleven. He, daar heb ik helemaal niet eens bij stil gestaan. Dat is een meisje van 3, dus mogelijk wordt die besneden in Engeland. Ja, ik ben met dat jongetje bezig en nu ik met jou praat denk ik ineens van "O, niet over nagedacht." Terwijl ik er toch zo inzit.' (arts 6)

In de wijk (Tilburg) van één van de artsen is er een gerucht geweest dat er twee jaar geleden een groep meisjes besneden zou zijn, maar dit is nooit bevestigd. Het is niet precies duidelijk wel actie hier toentertijd op is ondernomen.

Als reden waarom men vrouwenbesnijdenis, of vermoedens hierop, in de praktijk zo weinig tegenkomt werd door zes verpleegkundigen genoemd dat moeders en/of kinderen het waarschijnlijk zelf niet ter sprake zullen brengen, waarbij één arts ook vond dat het een te gevoelig onderwerp is om over te praten. Bovendien werd door drie verpleegkundigen aangegeven dat het geen standaardonderwerp is dat aangesneden wordt. Verder werd door drie verpleegkundigen aangevoerd dat zij de kinderen niet medisch zien en daarmee ook niet uitgekleed worden wat een signalering alweer moeilijker maakt. Daarentegen gaven twee artsen aan, waarvan er één een aantal Somaliërs in de wijk heeft, dat zij kinderen op 4-5-jarige leeftijd zien en daarom vrouwenbesnijdenis niet tegen kunnen komen, omdat het dan nog niet plaats gevonden heeft. Vrouwenbesnijdenis kan overigens wel al op deze leeftijd plaats vinden. Twee andere artsen vermeldden tevens dat zij zich er niet bewust van geweest zijn doordat er nog teveel onbekendheid omtrent het onderwerp is. Hierbij werd ook door een arts, werkzaam in een wijk waar veel Somaliërs wonen, afgevraagd wie de casus zou moeten stellen, een leerkracht bijvoorbeeld?

Als andere reden werd nog door vier artsen en drie verpleegkundigen aangevoerd dat zij waarschijnlijk in een wijk werken waarvan de inwoners niet uit een land komen waar vrouwenbesnijdenis gepraktiseerd wordt.

Analyse

Het feit dat men vrouwenbesnijdenis in de praktijk bij de GGD niet vaak tegenkomt, in tegenstelling tot bij de MOA, waar de incidentie groter lijkt te zijn, draagt er mogelijk aan bij dat er relatief weinig aandacht aan kennisvergaring (zoals in de vorige paragraaf beschreven) besteed wordt. Het uitgebreide pakket dat aan bod moet komen vraagt al zodanig veel tijd en inspanning dat het onmogelijk is om van alle mogelijke problemen zeer goed op de hoogte te zijn.

Het omgekeerde is echter ook mogelijk. Uit het bovenstaande kan afgeleid worden dat het mogelijk zou kunnen zijn, doordat er zo weinig basiskennis is onder jeugdartsen en -verpleegkundigen, dat (mogelijke) gevallen van vrouwenbesnijdenis gewoonweg gemist worden omdat men niet weet op welke signalen men moet letten, welke kinderen een risico lopen en hoe er uiteindelijk met de problematiek omgegaan moet worden. Ook hier blijkt weer dat kennis over vrouwenbesnijdenis van groot belang is om het überhaupt te kunnen signaleren, en er vervolgens ook nog mee om weten te gaan.

(Mogelijke) Handelingen

Er is in het vorige hoofdstuk gekeken naar de incidentie en de te ondernemen stappen van kindermishandeling. Hieruit bleek dat kindermishandeling vaak voorkomt en men over het algemeen goed weet om te gaan met de problematiek rondom kindermishandeling en dat alle respondenten vrouwenbesnijdenis, met enige nuances, een vorm van kindermishandeling vinden. In de volgende paragraaf zal gekeken worden naar de overeenkomsten en de verschillen tussen hoe er met kindermishandeling en (mogelijk) met vrouwenbesnijdenis omgegaan wordt.

Er is aan de artsen en de verpleegkundigen gevraagd wat men zou doen indien men een geval of een vermoeden van vrouwenbesnijdenis zou meemaken. Deze vraag vonden de respondenten over het algemeen moeilijk, omdat er weinig tot geen praktische ervaring met de problematiek is.

Bespreekbaarheid

Negen verpleegkundigen en zeven artsen gaven aan dat zij het onderwerp vrouwenbesnijdenis bespreekbaar zouden maken, om te proberen een besnijdenis te voorkomen.

'Ik, ja, ik ben natuurlijk alleen maar met allochtone mensen bezig, voor mij is het überhaupt geen issue of het wel of niet besproken zou moeten worden. Het moet gewoon, klaar.' (verpleegkundige 6)

Eén verpleegkundige gaf aan dat zij erop in zou gaan als vrouwenbesnijdenis vanuit de cliënt ter sprake komt. Zij gaf hierbij aan dat zij nog nooit heeft nagedacht over hoe zij in een dergelijke situatie zou handelen en heeft ook geen ervaring met vrouwenbesnijdenis. De drie artsen die het bespreekbaar maken niet spontaan noemden, zijn alle drie ouder dan 45 jaar.

Een andere verpleegkundige (geen ervaring met vrouwenbesnijdenis) vertelde vrouwenbesnijdenis nog nooit ter sprake gebracht te hebben maar dat zij dit, naar aanleiding van het interview, nu misschien wel gaat doen.

Het bespreekbaar maken zou volgens de twee verpleegkundigen, werkzaam in een AZC, goed passen binnen de seksuele voorlichting. Voor een gesprek over vrouwenbesnijdenis, wat een moeilijk en beladen onderwerp is, gaven drie verpleegkundigen (werkzaam in een AZC) aan dat het van belang is dat er een vertrouwensband tussen henzelf en het kind is opgebouwd alvorens een dergelijk gesprek te beginnen. Als er vervolgens een goede band bestaat is het gemakkelijker om dit soort gesprekken aan te gaan.

'Dan geef ik aan dat ik weet, door de opleiding, het helpt altijd om je daar op dat moment achter te verschuilen, alsof het de gewoonste zaak van de wereld is, "Ik weet door mijn opleidingservaring dat mensen die uit uw land komen wel eens een ingreep hebben meegemaakt die voor ieder meisje het geval is, en dat daar klachten uit voort kunnen komen." Dus gewoon een stuk uitleg, als ik dat gevoel heb dat dat zo is en ik heb bijvoorbeeld een mannelijke tolk, dan ga ik dat onderwerp al niet eens aan. Dan maak ik daar een aparte afspraak voor met een vrouwelijke tolk. Dan ga ik het op die manier bespreken en dan hoop ik daarmee een ingang te vinden. Dat lukt over het algemeen wel. Hoewel meisjes dat niet zo gauw, dan dat willen, het zou ook niet in m'n hoofd opkomen om daar dan naar te kijken op dat moment. Het enige dat ik wil bereiken is dat ik ze bij een medicus terecht kan die daar gericht naar kan kijken, een gynaecoloog dan in dit geval.' (verpleegkundige 5)

'Ja, dat vond ik, ik had daar dus nog nooit naar gevraagd, voorheen had ik, voordat ik die bijscholing had gehad over, bij Pharos, had ik er eigenlijk nooit naar gevraagd. En als je dan die gruwelijke beelden ziet, want we hebben daar zo'n video van gezien, nou, dat is, ja dan, plus dat het in Nederland ook echt verboden is. Ja, dan houdt het toch wel, ik had echt zoiets van nou, ik moet daar ook gewoon eens naar vragen. Al is het al voor mezelf om gewoon het woord in m'n mond te nemen en gewoon al bespreekbaar te maken. Ik moet eerlijk zeggen, die meisjes, die reageren daar, ze schrokken er niet van. Nou heb ik ook geen een meisje meegemaakt die besneden was, misschien ligt het dan ook wel weer heel anders.

Hoe weet u dat die niet besneden waren?

Dat zeiden ze. Ja, ik heb daar niet naar gekeken, nee. Dat gaat voor mij nog een beetje te ver.' (verpleegkundige 10)

Er is een aantal onderwerpen dat bij het bespreekbaar maken aan de orde zouden moeten komen. Er kan volgens vier verpleegkundigen gevraagd worden of een meisje besneden is en er kan tevens gevraagd worden naar de situatie in het land van herkomst of de redenen waarom er tot een besnijdenis besloten wordt, wat ook door drie artsen aangegeven wordt.

Goede voorlichting is belangrijk bij het bespreekbaar maken. Hierbij zou volgens zes artsen en vijf verpleegkundigen aandacht besteed moeten worden aan bestaande klachten of mogelijk toekomstige klachten en complicaties van de ingreep. Het verbod op vrouwenbesnijdenis in Nederland zou volgens één arts en één verpleegkundige ook aan bod moeten komen. Met het bespreekbaar maken wordt gehoopt dat daar een preventieve werking vanuit gaat, voor het huidige moment, of voor toekomstige generaties.

Indien er echt klachten zijn kan een meisje volgens twee artsen nog een extra keer opgeroepen worden om een vinger aan de pols te houden. Indien de klachten zodanig zijn kan zij verwezen worden naar de gynaecoloog. Ook wordt aangegeven dat betreffende personen naar instanties verwezen zouden moeten kunnen worden indien zij meer informatie willen. Welke instanties dit vervolgens zouden moeten zijn, zouden ze echter niet weten.

Als er een vermoeden of een geval van vrouwenbesnijdenis geconstateerd zou worden, zouden zes verpleegkundigen en drie artsen overleg plegen met collega's, school, of bijvoorbeeld Pharos. Dit wordt gedaan om meer informatie te verkrijgen, maar voornamelijk om te bespreken hoe er vervolgens gehandeld moet worden. Hierbij is het wel belangrijk dat deze collega's enigszins verstand hebben van vrouwenbesnijdenis om het van enig nut te laten zijn.

Problemen

Het grootste probleem dat door meer dan de helft van de verpleegkundigen en vier artsen (op één na allen ouder dan 43) werd aangegeven is het feit dat ze niet weten, of het moeilijk vinden om te beslissen, hoe er het beste gehandeld zou kunnen worden. Het een en ander heeft veel met gemengde gevoelens over cultuuraspecten te maken.

'Ook het niet verwerpen, ik bedoel, ik heb er moeite mee maar ik weet dat die vrouwen in een hele lastige positie komen en zich ook niet tot een gemeenschap voelen horen als ze het niet doen. Dat de moeder het met pijn in het hart bij de dochter laat gebeuren maar vanuit het gevoel, anders hoort ze er niet bij. En dat zijn allemaal dingen die je erin moet meenemen.' (verpleegkundige 5)

'Ik vind het heel lastig.'

Waarom?

'Ehm.....ja dat is een soort verwarrend gevoel uit respect voor de cultuur enen aan de andere kant het gevoel van, meisje, je hebt ook recht op je eigen lichaam, om het te verdedigen en je mag daar zelf een keuze in maken. Dat mag hier in Nederland dus dat mag je best weten dat het hier verboden is en dat het hier niet wordt toegestaan. In jouw land wel maar dat het hier niet mag en dat je recht van spreken hebt om daar nee tegen te zeggen. En bij haar te blijven, wat denk je zelf dat het gevolg is, waar ben je bang voor? Ben je er bang voor om uit de groep gestoten te worden, voor contacten met je moeder, misschien zijn er wel aanknopingspunten dat ze zegt van, misschien spelen er wel allerlei ideeën waarom dat perse moet die misschien niet terecht zijn. Dat je misschien een rol kan spelen om dat tegen te houden.' (verpleegkundige 5)

'Ik denk dat ik wel alles gezegd heb. Misschien dat ik het een heel complex onderwerp vind om het te bespreken. Het is niet alleen maar dat meisje wat besneden is of gaat worden maar daar komt nog zo'n berg omheen. Ja, dat het gewoon is om daar een oordeel over te vellen, het mag wel, het mag niet. Het is wel heel makkelijk gezegd maar er zit nog zoveel omheen waar je niet altijd doorheen kan komen.' (verpleegkundige 6)

'Dus ik probeer eerst een algemene indruk van een kind te krijgen. Dan denk ik, als een kind goed functioneert, het doet met alles mee en er zijn geen tekenen dat het op de een of andere manier in de knel zit, hetzij lichamenlijk, hetzij op een andere manier, dan doe ik er dus eigenlijk niets mee. Misschien niet terecht maar misschien dat ik ook op andere ideeën kom na vandaag. Maar ik heb het nooit bij de hand gehad en daar heb ik wel over nagedacht voor dit gesprek, van, als ik nou denk dat het meisje een risico loopt om besnijdenis te ondergaan, dan zou ik dus eigenlijk willen voorkomen dat dat gebeurt. Maar, ik ben er nog niet uit hoe ik daar achter zou kunnen komen en als dat wel zo was hoe ik dat dan aan zou pakken. Het is dan een heel theoretisch verhaal dan voor me.' (arts 2)

'Ik ben mezelf wat aan het trainen om de vraag aan de moeders te stellen, ik merk dat ik met de vaders alweer moeite heb. Bij moeders, 'bent u van plan..' ik heb nog geen antwoord ja gehad, ik heb alleen het antwoord nee nog gehad, dat ze dat niet van plan zijn bij hun dochters. En, maar ik merk dat ik ook wel zoiets heb, wat als ze nou ja zeggen? Dan denk ik god, wat kan ik hun nou nog

vertellen? Dat ik vaak denk, zouden ze niet van hun moeder, van hun oma, van hun eh, netwerk of zo, eigenlijk alle voors en tegens al lang kennen? Ik bedoel, en als zij dat doen, dan kan ik denk ik aannemen dat ze zelf besneden zijn, als ze het bij hun dochters willen doen. Dus zij is ervaringsdeskundige, wat moet ik haar dan vertellen dat je extra lang op de wc moet zitten of misschien problemen met het plassen of met het bevallen of de geslachts... dus ik denk altijd, wie ben ik om daar iets aan toe te voegen voor haar? Dat vind ik voor mezelf een lastige vraag.' (arts 10)

'Wat zou ik doen? Ik weet het niet. Ik weet het niet omdat, het is heel moeilijk om van cultuur te veranderen. Welk recht heb ik om iemand anders iets over zijn cultuur te zeggen? Ik ben zelf van een andere cultuur en ik heb gezien, hoewel het maar 400 km ver is, hoe anders het is. Waarom moet ik hier andere dingen doen die in mijn land niet mogen? Dus daar heb ik zeer dubieuze gedachtes over.. Begrijpt u wat ik bedoel? Bijv. in Frankrijk mensen zeggen altijd "U". Hier moet ik tegen iedereen "je" zeggen, dat is voor mij heel moeilijk, zelfs na 25 jaar. Dan denk ik, zoiets dat zo ingrijpend is, en er zit een hele cultuur, een hele traditie, een hele familie achter, welk recht heb ik om te zeggen dat hij moet veranderen? Hoewel het wel zeer pijnlijk moet zijn. Dus ik ben ambivalent.' (arts 1)

Naast het feit dat het moeilijk is om met vrouwenbesnijdenis om te gaan, wordt het taboe rond vrouwenbesnijdenis door drie verpleegkundigen ook als een probleem gezien. Een gesprek aangaan over een onderwerp waar men niet over wil praten is niet gemakkelijk en kost sowieso meer tijd dan gebruikelijk is. Ook de onervarenheid met het onderwerp maakt dat een gesprek minder gemakkelijk aangegaan wordt.

De aanwezigheid van een man (vader, arts, mannelijke tolk) bij een gesprek over vrouwenbesnijdenis wordt ook als een obstakel gezien om een gesprek goed op gang te krijgen.

Analyse

Alhoewel het bespreekbaar maken van het onderwerp door de meeste personen aangedragen wordt als een mogelijke handeling moet er afgevraagd worden of dit wel daadwerkelijk gedaan zal worden. In het voorgaande (blz 33) is al naar voren gekomen dat het met de kennis rondom vrouwenbesnijdenis niet goed gesteld is. Zonder deze kennis zal het bespreekbaar maken zelf al niet gemakkelijk zijn. Als hierbij nog de onervarenheid en moeite met het gesprek aangaan, zoals hierboven beschreven, genomen wordt lijkt het duidelijk dat hier eerst iets aan gedaan moet worden voordat er überhaupt een gesprek aan kan worden gegaan.

Controle genitalia

De controle van de genitalia is normaal gesproken een onderdeel van het lichamelijk onderzoek dat door de arts uitgevoerd wordt.

'Dat doen wij altijd in het bijzijn van de ouders, met toelichting. (algeheel onderzoek). Dat hoort gewoon bij het onderzoek maar elke handeling wordt toegelicht. Dus "Ik ga naar je hart luisteren, ik ga naar je longen luisteren, ik luister naar je buik, ik kijk in je onderbroek." Altijd in het bijzijn van de ouders.' (arts 1)

Van de 10 artsen gaven er 6 expliciet aan de genitalia van jongens te controleren. Dit bestaat uit het inspecteren van de voorhuid en het kijken of de testikels goed ingedaald zijn. Dit wordt bij de eerste controle door de arts, op 4-5 jarige leeftijd, gedaan. Als er geen bijzonderheden uit de inspectie naar voren komen worden de genitalia van jongens vervolgens niet meer gecontroleerd.

Slechts 2 van de 10 artsen gaven expliciet aan de genitalia van meisjes (4-5 jaar) te controleren. Eén van deze artsen heeft een aantal Somaliërs in de wijk, de andere arts geen. Bij de controle wordt gekeken naar hygiëne en puberteitskenmerken, waarbij de labia gespreid worden. Als er goed uitgelegd wordt wat er gedaan wordt en waarom, ondervinden zij gewoonlijk geen problemen bij dit onderdeel van het onderzoek. Deze beide artsen gaven echter ook aan dat ze bij oudere meisjes de genitalia niet meer controleren als op 4-5 jarige leeftijd alles in orde was.

'Ja, niet elke arts doet dat dus, (genitaal onderzoek) daar ben ik dus achter gekomen. Dan vinden ze dat blijkbaar niet nodig of zo, terwijl het wel in het dossier staat, het JGZ-dossier, dat er naar gekeken moet worden. Of ze zetten gewoon gb neer weet je wel, geen bijzonderheden, terwijl ze dus gewoon niet gekeken hebben. Dat gebeurt in de praktijk.' (verpleegkundige 2)

Bijna elke arts gaf aan wel naar eventuele liesbreuken te kijken. Om dit onderzoek uit te voeren wordt de onderbroek een stukje naar beneden geschoven, waarbij vaak de zogenaamde 'blik in de onderbroek' geworpen kan worden. Eén arts geeft hierbij aan dat er bij twijfel over de labia verder gekeken kan worden.

Opvallend is dat het 'echte' genitaal onderzoek bij meisjes door de overige acht artsen niet standaard uitgevoerd wordt, met verschillende redenen. Eén arts gaf aan jongens én meisjes zich niet meer te laten uitkleden, omdat dit teveel problemen zou geven. Er bestaat volgens deze arts veel gêne bij kinderen om zich uit te kleden. Deze arts vraagt wel naar eventuele klachten. Hij gaf hierbij zelf aan dat het op deze manier wel mogelijk is om dingen te missen.

Twee artsen gaven aan het genitaal onderzoek niet uit te voeren omdat de onderzoeksruimte daar zich niet voor leent.

'Op scholen zitten wij in het kamertje dat we toegewezen krijgen. Juist daarom kun je, wij hebben, in onze GGD, dat is ook weer per GGD verschillend, wij werken niet op centrale plekken waar je ook een onderzoekskamer en onderzoeksbanken hebt. Ik zit soms in de lerarenkamer, soms in het stencilhokje, soms in de ruimte van de conciërge. Je doet het onderzoek met de ruimte die je hebt. Je hebt geen mogelijkheid om een kind liggend te onderzoeken bijvoorbeeld. Dus je kunt ook geen genitaal onderzoek doen. Daarnaast, ook al hang je bordjes op de deur, "Kloppen voor je binnenkomt, niet storen", er stormen altijd mensen naar binnen, je moet dus ook niet zo'n onderzoek doen.' (arts 2)

Een andere vrouwelijke arts met veel Somaliërs in de wijk, gaf aan dat het genitaal onderzoek (bij jongens én meisjes) niet nodig is als dit op het consultatiebureau gedaan is en er zich daar geen bijzonderheden hebben voorgedaan.

Als laatste werd er twee keer (door mannelijke artsen!) aangegeven dat er enige gêne of onhandigheid bij de arts zelf is om het genitaal onderzoek bij meisjes uit te voeren. Het blijft een intieme handeling, intiemer dan bij jongens.

Analyse

De verschillende redenen die in het onderzoek gegeven worden voor het niet uitvoeren van het genitale onderzoek doen afvragen in hoeverre het mogelijk en wenselijk is om een standaard controle van de genitaliën bij meisjes uit risicogroepen uit te voeren, zoals dit ook door Hirshi Ali aangevoerd wordt. Hoewel er meerdere artsen Somaliërs in de wijk hebben is er hier maar één van die de controle ook echt uitvoert. Hierbij zijn dan nog niet eens de vragen beantwoordt die in het theoretisch kader naar voren komen. Het gaat hierbij om de (on)mogelijkheid om meisjes uit risicogroepen op te roepen voor een genitaal onderzoek, zonder medische noodzaak, en de daarmee mogelijk gepaard gaande stigmatisering.

Vrouwenbesnijdenis als kindermishandeling?

Vijf verpleegkundigen en vier artsen weten niet zeker of zij een geval van vrouwenbesnijdenis hetzelfde als kindermishandeling zouden behandelen, in verband met cultuuraspecten en het mogelijke afschrikaspect hiervan. (zie tabel 2)

'Je gaat met kindermishandeling echt aan de slag omdat je een proces wilt onderbreken, omdat je wilt dat het stopt. Maar dat is op dat moment, als een vrouw besneden is, is er niks meer te stoppen. Volgens mij zit er niks meer na, maar...en om nou iemand aan te geven omdat ie z'n dochter heeft laten besnijden, ja, nou ja, dat weet ik niet, dat vind ik lastig, daar zou ik even, ja, dat weet ik niet. Vind ik wel lastig.' (verpleegkundige 9)

Eén verpleegkundige zou vrouwenbesnijdenis zeker niet als kindermishandeling behandelen omdat dit 'de deur dichtgooien' is. Een andere verpleegkundige zou het ook niet als kindermishandeling behandelen maar weet vervolgens niet welke andere stappen er zijn.

Eén arts (werkzaam bij een AZC) gaf aan dat hij vrouwenbesnijdenis tot nu toe niet als kindermishandeling behandeld heeft.

Zes artsen gaven aan dat zij een geval van vrouwenbesnijdenis hetzelfde zouden behandelen zoals ze dat bij kindermishandeling doen. Dit houdt in dat er eerst zelf een gesprek aangegaan kan worden, en naar gelang de effectiviteit van dit gesprek (ter voorkoming van vrouwenbesnijdenis) kan er advies ingewonnen worden, of een melding gemaakt worden, bij het AMK. Slechts één van deze artsen heeft een aantal Somaliërs in zijn wijk.

'Ja, ik denk wel dat ik het bij het AMK zou melden. Hoewel ik dus alle begrip, maar ik kan me voorstellen dat het vanuit de optiek van de moeder he, bij wijze van spreke, een teken van goed moederschap is dat ze het doet. Dat is gewoon een totaal andere, ja, cultuur, en gevangen zitten in die cultuur, maar ja, ik, eh, het blijft staan dat het voor elk kind gewoon pijn doet en eh, in de toekomst pijn doet als je misschien zelf een kind krijgt. Daarom, dat is een objectief gegeven waarvan je zegt, dat het gemeld moet worden, als een vorm van kindermishandeling. Maar ik moet je wel zeggen, ik vind het ook wel heel erg moeilijk hoor want eh, ja, kijk eh, ik weet ook niet of het AMK en de Raad er dan vervolgens zo veel mee doen want het is natuurlijk eh, in het ergste geval zou het een onder toezichtstelling worden of een uithuisplaatsing, maar ja, dat is natuurlijk na zo'n eenmalig trauma waarbij die ouders voor de rest dol zijn op hun dochter en het misschien voor de rest best wel goed gaat, heeft dat al niet veel zin natuurlijk' (arts 9)

De hierboven genoemde vraag, of er een melding bij het AMK gedaan moet worden en of dit wel in het belang is van het kind, kwam ook nog bij twee andere artsen naar voren.

In tegenstelling tot de bovengenoemde artsen is er één arts die expliciet aangaf dat vrouwenbesnijdenis strafbaar is en de politie erbij gehaald moet worden.

'Ja, als je aan de ouders uitlegt dat het verboden is en niet goed, en ze gaan het toch doen dan zou ik naar de politie stappen. Het is tenslotte verboden en dat moeten ze ook weten. Ze kunnen er niet ongestraft mee weglopen. Ik zou dan helemaal achter een proces staan. Misschien dat als dit een paar keer gebeurt ze zelf ook gaan beseffen dat het echt verboden is en er sancties opstaan en dat dat ze motiveert om het toch niet te doen.' (arts 4)

Een andere arts gaf echter weer aan dat men als westerling niet met de politie voor de deur gaat staan. Dit heeft wederom weer te maken met gemengde gevoelens over cultuuraspecten, hoe hier mee omgegaan zou moeten worden en of je als een persoon met een andere culturele achtergrond wel iets over iemand anders zijn cultuur kan oordelen.

Juridische gevolgen

Vijf verpleegkundigen en vijf artsen kunnen zich voorstellen dat het tot een juridisch proces komt.

'Ik heb wel eens een discussie gehad met een Surinaamse meneer, over de klappen die hij z'n zoon gaf. Die gaf z'n zoon met een spatel klappen op z'n bil, zo hard dat hij daar enorme plakATEN blauwe plekken aan had overgehouden, nou heb ik een hele discussie met hem gehad, hij zegt, mevrouw, u moet zich niet bemoeien met mijn cultuur, met mijn opvoedings, eh, manier van opvoeden. Toen zei ik, meneer, u woont in Nederland en in Nederland is dit kindermishandeling, in Nederland mag dit niet. Ik heb best wel eens, ik wil best me verplaatsen in uw geval en natuurlijk weet ik dat de ene tik de andere niet is maar dit gaat gewoon te ver. Dus dit is kindermishandeling. Nou, datzelfde zou ik doen met die Somalische of nou ja, andere Noord-Afrikaanse vrouwen, die bijvoorbeeld haar kind wil meenemen naar Afrika om te laten besnijden en ze zou me voor het gerecht dagen, dan zou ik zeggen, ja maar in Nederland is het gewoon verboden. Dus als jij in Nederland wilt wonen dan heb jij je aan de Nederlandse wet te houden en dat betekent dat besnijdenis verboden is. Dus daar zou ik me niet voor schuwen.' (arts 8)

Drie van deze verpleegkundigen werken in een AZC en de artsen zijn, op één na, allen op de een of andere manier al eens met vrouwenbesnijdenis in aanraking gekomen of hebben een aantal Somaliërs in hun wijk. Hierbij werd door twee artsen wel aangemerkt dat dit wel een moeilijke kwestie is.

Eén verpleegkundige vermeldde hier wel bij dat zij moreel gezien wel zou meewerken, maar vraagt zich af of ze dat ook echt zou doen als het eenmaal zo ver is.

Een verpleegkundige gaf tevens aan dat zij zelf niet mee zou kunnen werken, dit zou door gespecialiseerde mensen moeten gebeuren. Twee verpleegkundigen zouden zelf wel meewerken, afhankelijk van de situatie. Als een meisje zelf bijvoorbeeld niet besneden wil worden maar de moeder wil wel dat het gebeurt, kan de moeder aangeklaagd worden. Dit zou dan ook in omliggende landen moeten gebeuren om echt effectief te zijn. Ten slotte is er één arts die zich kan voorstellen dat het tot een juridisch proces komt maar hoopt dan wel dat de GGD in z'n algemeenheid hierbij betrokken is en niet een individueel persoon.

Eén verpleegkundige kan zich voorstellen dat zij misschien als getuige zou moeten optreden maar zou dat liever niet doen uit de angst dat de relatie met de familie zal verslechteren en zij voortaan helemaal niet meer langs komen voor controles.

Vier verpleegkundigen en drie artsen kunnen zich niet voorstellen dat, of hoe, het tot een juridisch proces zou komen, omdat het hele onderwerp te onbekend is of omdat men het sowieso al niet als kindermishandeling zou behandelen en het dus überhaupt niet tot een proces zou komen.

Al het bovenstaande is in onderstaande tabel samengevat.

Tabel 2

Beroep (leeftijd) code	Contact allochtonen	Vr. besnijdenis Meegemaakt	Opleiding	Vr. besnijdenis als kindermishandeling met aangifte?	Meewerken aan juridisch proces
Verpleegkundige (45) vp 3	Veel	-	-	-	≈
Arts (50) arts 2	Weinig	-	-	+	-
Arts (52) arts 4	Veel	-	-	+	+
Verpleegkundige (22) vp 1	Veel	-	-	+	+
Verpleegkundige (51) vp 8	Matig	-	-	-	≈
Arts (50) arts 1	Veel	-	-	≈	+
Verpleegkundige (39) vp 9	Matig	-	-	≈	-
Arts (53) arts 9	Weinig	-	+	+	-
Verpleegkundige (36) vp 4	Weinig	-	+	≈	+
Arts (30) arts 3	Matig	-	≈	+	+
Verpleegkundige (56) vp 7	Matig	-	≈	≈	-
Verpleegkundige (50) vp 10	Veel	-	+	-	≈
Arts (37) arts 5	Weinig	+	-	+	+
Arts (43) arts 10	Veel	+	-	≈	≈
Arts (35) arts 8	Matig	+	+	-	≈
Verpleegkundige (35) vp 2	Veel	+	+	-	≈
Verpleegkundige (46) vp 5	Veel	+	+	-	+
Arts (42) arts 6	Matig	+	+	≈	+
Arts (32) arts 7	Veel	+	+	-	+
Verpleegkundige (29) vp 6	Veel	+	+	≈	+

- : niet

+ : wel

≈ : twijfelachtig

Uit deze tabel blijkt dat er maar weinig artsen en verpleegkundigen zijn die stellig beweren vrouwenbesnijdenis als een vorm van kindermishandeling te behandelen. Zij hebben in de meeste gevallen nog nooit een geval van vrouwenbesnijdenis meegemaakt. Verder valt op dat diegenen die ooit eens met vrouwenbesnijdenis in aanraking zijn geweest en bovendien iets in hun opleiding over vrouwenbesnijdenis gehoord te hebben, eerder geneigd zijn om het juist niet als kindermishandeling te behandelen, of hier hun twijfels bij hebben.

Analyse

In het vorige hoofdstuk (blz 33) is gesproken over kindermishandeling binnen de JGZ. Hieruit blijkt dat kindermishandeling, wat lange tijd een onderwerp in de taboesfeer is geweest (of nog steeds is), een onderwerp is waarmee men goed weet om te gaan. (Wat overigens niet wegneemt dat het een moeilijk en aangrijpend te bespreken onderwerp blijft). Praktisch iedereen komt wel eens met een vorm van kindermishandeling in aanraking en men weet goed hoe er bij deze moeilijke problematiek gehandeld moet worden. Men is ook goed op de hoogte welke paden er bewandeld moeten worden aangezien er bijna altijd een protocol voor kindermishandeling aanwezig is. Als men zelf vastloopt is er altijd het AMK waar men om advies kan vragen of meldingen kan doen.

Vrouwenbesnijdenis wordt over het algemeen als een vorm van kindermishandeling beschouwd, waar wel kanttekeningen met betrekking tot culturele opvattingen bij gemaakt kunnen worden. Het frappante is echter dat men het moeilijk vindt om een antwoord te geven op de vraag hoe men met vrouwenbesnijdenis om zou gaan.

Voor de verpleegkundigen en artsen geldt dat zij het onderwerp bespreekbaar zouden maken, eventueel in overleg met collega's. Dit bespreekbaar maken brengt als problemen met zich mee dat men niet weet hoe een dergelijk moeilijk gesprek, over een onderwerp waar van alle kanten een taboe op heerst, aangepakt moet worden en welke stappen er vervolgens ondernomen kunnen en moeten worden, voornamelijk met betrekking tot het melden van vrouwenbesnijdenis. De onvoldoende kennis over, en praktijkervaring met vrouwenbesnijdenis dragen hier aan bij.

Samenhangend met deze onvoldoende kennis en praktijkervaring zijn de paden zoals die voor de 'reguliere' kindermishandeling uitgestippeld zijn, (nog) niet zo vanzelfsprekend van toepassing op vrouwenbesnijdenis. Zoals uit het voorgaande blijkt is er op het moment nog enige tegenstand om vrouwenbesnijdenis als een vorm van kindermishandeling te behandelen. Het is per persoon verschillend of (een bepaalde vorm van) vrouwenbesnijdenis nu eigenlijk kindermishandeling is of niet. Afgevraagd kan worden waarom dit, aan de hand van de resultaten van dit onderzoek, meer van toepassing is op de verpleegkundigen dan op de artsen. De artsen lijken meer geneigd om vrouwenbesnijdenis als een vorm van kindermishandeling te behandelen. Hierbij kan wel afgevraagd worden of, als puntje bij paaltje komt, dit ook daadwerkelijk gebeurt, aangezien geen enkele arts dit nog in de praktijk heeft meegemaakt.

Alhoewel het GHI in 1994 een bulletin met richtlijnen voor de behandeling van vrouwenbesnijdenis heeft uitgegeven lijkt deze geen al te grote bekendheid te genieten en tot op heden niet in de praktijk gebracht te worden.

Hoofdstuk 5 De toekomst vrouwenbesnijdenis en de JGZ

Na al het voorgaande gelezen te hebben kan men zich afvragen wat er binnen de JGZ mogelijk is om aan de preventie en signalering van vrouwenbesnijdenis te werken, en wat er zou moeten gebeuren binnen de JGZ om vrouwenbesnijdenis daadwerkelijk tot een thema te maken.

5.1 Preventie van vrouwenbesnijdenis

Vragen over preventie worden vaak moeilijk gevonden, er is vaak nog niet heel diep over het onderwerp nagedacht waardoor het moeilijk is om antwoorden te geven.

Voorlichting

Alle respondenten gaven op één of andere manier aan dat voorlichting het belangrijkste is wat er gedaan kan worden om vrouwenbesnijdenis te voorkomen. Deze voorlichting kan op individueel en op groepsniveau plaatsvinden.

In de eerste plaats moet vrouwenbesnijdenis bespreekbaar gemaakt worden met de ouders en kinderen, uit een risicogroep, in een individueel gesprek. Het zou mogelijk beter zijn als dit door voorlichters eigen taal en cultuur zou gebeuren.

Een aantal onderwerpen werden genoemd die tijdens zo'n gesprek aan de orde zouden kunnen/moeten komen. Er zou geïnventariseerd moeten worden wat de motivatie van de ouders is om hun dochter te laten besnijden, de risico's en de gevolgen van een besnijdenis moeten besproken worden en het feit dat vrouwenbesnijdenis in Nederland strafbaar is. Tevens werd er door een aantal artsen aangegeven dat er gevraagd kan worden of men van plan is om een dochter te laten besnijden.

Drie artsen en twee verpleegkundigen gaven specifiek aan dat het bespreekbaar maken en de informatievoorziening al in een zo vroeg mogelijk stadium moet plaatsvinden, te weten op het consultatiebureau. Eén verpleegkundige gaf aan dat het onderwerp vrouwenbesnijdenis tijdens de seksuele voorlichting, die op 10-11-jarige leeftijd plaats vindt, ter sprake gebracht kan worden. Eén arts gaf aan dat er goed gelet moet worden op eventuele signalen van vrouwenbesnijdenis bij een ouder kind, zodat eventuele jongeren kinderen voor een besnijdenis behoed kunnen worden.

... 'Ja ja, ik denk dat die voorlichting zich zou moeten richten op de risico's die er aan zo'n, de risico's en de gevolgen van zo'n ingreep. En eh, ik denk dat het ook wel netjes, dat er iemand uit de eigen cultuur, ja, toch wel iets verteld vanuit het geloof, waarom een kind ook wel rein of goed zou kunnen zijn dat niet besneden is.' (verpleegkundige 4)

Naast het individueel bespreekbaar maken wordt (groeps)voorlichting ook als een belangrijk middel gezien om vrouwenbesnijdenis te voorkomen. Dit werd door de helft van de artsen en de verpleegkundigen aangegeven. Deze voorlichting zou volgens de verpleegkundigen specifiek op de doelgroep gericht moeten zijn, waarbij het project van Pharos als zeer goed en werkzaam aangemerkt werd.

'Ik denk dat, om het te voorkomen, ik denk dat Pharos gewoon een hele goede zet heeft gedaan om mensen uit eigen taal en cultuur in te zetten om ouders of vrouwen in ieder geval, maar ook de mannen, die zijn ook erg belangrijk, om avonden te organiseren waar voorlichting gegeven wordt, over vrouwenbesnijdenis. Ik ben van mening dat dat de beste ingang is om het te voorkomen.' (verpleegkundige 6)

De artsen zouden invulling aan de groepsvoorlichting geven door voorlichting op scholen te geven, het ontwikkelen van lesmaterialen en het organiseren van ouderavonden. Volgens één arts zou het huidige beleid uitgebreid moeten worden om vrouwenbesnijdenis bespreekbaar te maken, ouders en hun kinderen zouden hiertoe eigenlijk vaker door de arts gezien moeten worden.

Eén arts gaf aan dat het registreren van wat er eigenlijk gezien wordt belangrijk is om een indruk van de omvang van het probleem te krijgen.

Doorverwijzen

Vier verpleegkundigen gaven aan dat het mogelijk zou moeten zijn om door te kunnen verwijzen naar een instantie of afdeling die veel kennis over vrouwenbesnijdenis heeft en weet hoe deze problematiek aangepakt moet worden, om te zorgen dat vrouwenbesnijdenis zoveel mogelijk

voorkomen wordt. Eén verpleegkundige gaf hierbij specifiek aan dat de GGD alleen een signalerende functie heeft wat problematiek betreft, en dat er dan doorverwezen zou moeten worden.

Overige

Een verpleegkundige gaf aan dat een lichte vorm van besnijdenis, meer een soort rituele besnijdenis, wel toegestaan zou moeten worden, en vergelijkt dit met besnijdenis van jongens. Van belang is dan wel dat de besnijdenis zodanig is dat er geen klachten of complicaties kunnen ontstaan.

Slechts één verpleegkundige en twee artsen gaven aan dat een tijdelijke uithuisplaatsing (na melding bij het AMK) allicht een preventieve werking heeft.

Een arts gaf specifiek aan dat er in het geval van een besnijdenis juridische stappen ondernomen moeten worden, zodat er een duidelijke lijn getrokken wordt. Op deze manier zouden toekomstige besnijdenissen misschien voorkomen worden.

Hierbij werd door een aantal respondenten wel afgevraagd wat het nut hiervan is, met oog op het nut hiervan voor het kind en het gevaar van het verder in de illegaliteit drukken van vrouwenbesnijdenis.

.....'Dat mensen dan bang worden om er überhaupt over te praten omdat ze weten dat het strafbaar is. Dat het besnijden nog meer in het verborgene gebeurt, ja. Beetje het verhaal van hoe je met softdrugs om moet gaan. Moet je het strafbaar stellen of gedogen zeg maar en goede voorlichting geven? Ja, ik weet niet goed wat het beste is.' (arts 7)

Problemen

Het grootste probleem rond het bespreekbaar maken en voorlichting geven, zoals dat door meer dan de helft van de verpleegkundigen gezien wordt, is het feit dat vrouwenbesnijdenis een moeilijk bespreekbaar onderwerp is doordat er een taboe op heerst. Ook wordt er vaak de vraag gesteld in hoeverre een gesprek over vrouwenbesnijdenis, dat door een westerse verpleegkundige (die in sommige gevallen mannelijk is) aangesneden wordt, wel aanslaat bij de doelgroep. Als ze eenmaal hun overtuiging hebben is het moeilijk om ze daar in beperkte tijd vanaf te brengen, als dit überhaupt al lukt, doordat bepaalde meningen of te ondernemen stappen niet aan mensen op te leggen zijn. Bovendien kan men ook nooit met zekerheid zeggen in hoeverre er sprake is van sociaal wenselijke antwoorden tijdens zo'n gesprek.

In tegenstelling tot de verpleegkundigen gaf iets minder dan de helft van de artsen dit probleem aan. De artsen (en de helft van de verpleegkundigen) vinden het grootste probleem dat er onvoldoende kennis bij de arts over vrouwenbesnijdenis en onervarenheid met het onderwerp is, waardoor een gesprek moeizaam (of niet!) kan verlopen. Ook werd aangegeven dat het belangrijk is om zelf goed te weten hoe, en met wie, een dergelijk gesprek aangegaan moet worden, en wat er naar aanleiding van de mogelijke uitkomsten van het gesprek gedaan moet worden. Zij hebben hier nog geen duidelijke ideeën over.

Een paar artsen en verpleegkundigen vroegen zich af of de doelgroep wel genoeg bereikt wordt met voorlichting. Als voorbeeld wordt gegeven dat mensen die van plan zijn om hun dochter te laten besnijden misschien niet op een voorlichtingsavond of een afspraak met de arts komen als zij van tevoren al weten dat vrouwenbesnijdenis als onderwerp behandeld wordt. Een hiermee samenhangend probleem is dat de groepen waar het om gaat relatief klein zijn en afgevraagd moet worden of de investering in tijd en mankracht (die er vaak niet is) wel iets oplevert.

Analyse

De belangrijkste vorm van preventie lijkt voorlichting te zijn. Om voorlichting aan de doelgroep zo doeltreffend mogelijk te maken is het van belang dat de voorlichter zelf goed op de hoogte is van de problematiek waar hij/zij over praat en hoe een gesprek aangepakt moet worden. Een ander mogelijk probleem met het geven van voorlichting is de vraag of de gegeven informatie wel aangenomen wordt van een arts of verpleegkundige met een Nederlandse achtergrond. Als extra mogelijkheid zou de voorlichting gegeven kunnen worden door een vetc'er die de cultuur en problemen van mensen met een niet-Nederlandse achtergrond beter begrijpt. Tevens moet er, als er door de voorlichters vragen gesteld worden met betrekking tot vrouwenbesnijdenis, ook rekening gehouden worden met het krijgen van sociaal wenselijke antwoorden. Dit is nogal wat problematiek waar goed over nagedacht moet worden hoe hier mee omgegaan moet worden.

Naast de individuele voorlichting is de groepsvoorlichting ook zeer belangrijk. Pharos heeft een goede start gemaakt met de voorlichting van Somaliërs, die dan zelf als voorlichters binnen hun

eigen groep kunnen optreden. Dit wordt door een aantal artsen en verpleegkundigen ook als zeer zinnig beschouwt, aangezien de echte gedragsverandering vanuit de groep zelf moet komen. Helaas is de subsidie voor dit project beëindigd, hetgeen een stap terug betekent voor de eradicatie van vrouwenbesnijdenis.

5.2 Signalering van vrouwenbesnijdenis

Bespreikbaarheid

Het bespreikbaar maken van vrouwenbesnijdenis is ook van nut bij de signalering. Tijdens een gesprek kan er rechtstreeks gevraagd worden of een meisje besneden is, of in de toekomst besneden gaat worden. De onderwerpen die besproken zouden moeten worden, en tegen welke problemen men kan oplopen, zijn in de vorige paragraaf al besproken.

De belangrijkste vraag waar de verpleegkundigen en artsen met betrekking tot de signalering zelf tegenaan denken te lopen, is wat zij verder moeten doen als zij vrouwenbesnijdenis eenmaal gesignaleerd hebben. Naar wie kan je bijvoorbeeld verwijzen die het onderwerp verder bespreikbaar maakt? Wat er precies gedaan moet worden na een signalering is dan wel de hamvraag en vaak onbekend.

'Ik weet verder ook niet wat ik ermee moet, als ze zeggen dat ze besneden zijn' (verpleegkundige 10)

'En dan ja, als een kind besneden is dan denk ik van ja, ik kan het natuurlijk wel met een arts bespreken, en dan?' (verpleegkundige 2)

Drie verpleegkundigen en vijf artsen gaven aan dat signaleren op zich niet verkeerd is, maar dat aan de besnijdenis zelf niets meer gedaan kan worden. Er wordt dan afgevraagd wat het precieze nut van de signalering is en of het zin heeft om juridische stappen te ondernemen die misschien wel van kwaad tot erger leiden. Wat hier niet vergeten mag worden is dat een signalering voor het betreffende meisje de besnijdenis niet meer ongedaan kan maken, maar allicht wel een ander zusje voor een besnijdenis kan behoeden!

Als laatste dilemma werd nog door twee verpleegkundigen aangegeven dat er getracht kan worden om vrouwenbesnijdenis te voorkomen, maar dat de betreffende personen uiteindelijk zelf de keuze maken, die ook gerespecteerd dient te worden.

'Dus als er een eigen acceptatie is dan dien ik die te respecteren. En niet allerlei beren voor mezelf te zien. Snap je wat ik bedoel? Ik kan wel vinden dat iemand wel recht heeft op een volledige seksualiteitsbeleving maar als iemand vindt, nou ja, ik weet niet beter en ik ben besneden en ik vind het een eer en dat is in mijn volk geaccepteerd en dat is voor mij goed zo, dan moet ik ervan af blijven vind ik.' (verpleegkundige 5)

'Nou, je kan niet zoveel doen, je kan alleen maar preventief zijn en voor de rest is het in hun handen denk ik.' (verpleegkundige 1)

Lichamelijk onderzoek

Aan de signalering van vrouwenbesnijdenis werd door artsen, naast het bespreikbaar maken, nog een iets andere invulling gegeven, aangezien zij de mogelijkheid hebben om ook een lichamelijk onderzoek te doen. In totaal gaven zeven artsen, op verschillende manieren aan, dat een lichamelijk onderzoek tot de signalering van vrouwenbesnijdenis kan leiden.

Tabel 3

Code	Genitaal onderzoek bij algemene controle	Genitaal onderzoek als signalering van vrouwenbesnijdenis
Arts 1	Ja	Ja
Arts 9	Ja	Ja
Arts 3	Nee	Ja
Arts 8	Nee	Ja
Arts 4	Nee	ja, op indicatie
Arts 2	Nee	Nee
Arts 5	Nee	Nee

Arts 10	Nee	nee
Arts 6	op indicatie	ja, op indicatie
Arts 7	op indicatie	ja, op indicatie

Er zou een genitaal onderzoek moeten plaatsvinden bij de risicogroepen of op indicatie (als ze dat zelf willen!) Op indicatie betekent hier dat er aan de hand van een protocol een genitaal onderzoek uitgevoerd moet worden, of naar gelang de arts dat zelf nodig acht.

Er zou dan een oproep kunnen gaan naar meisjes die op een leeftijd zijn waarop besnijdenis doorgaans plaatsvindt. Om consequent te zijn, zouden alle meisjes in Nederland een genitaal onderzoek moeten ondergaan maar dat geeft relatief waarschijnlijk weinig resultaat omdat vrouwenbesnijdenis niet zo vaak voorkomt. Het zou dan eigenlijk handiger zijn om op het probleem bedacht te zijn en goed op te letten bij het onderzoek naar liesbreuken.

'Ik denk, maar je mag me corrigeren hoor, als ik het niet goed zeg. Ik denk dat wat ik aan een kind zelf zou kunnen zien, is denk ik toch eh, ik verwacht in ieder geval een soort schaamtegevoel als ik bij lichamelijk onderzoek naar liesbreuken of pubesbeharing enzo kijk omdat dat een gebied is waarbij dat meisje er anders uit zal zien dan een klasgenootje of een heleboel andere Nederlandse kinderen. Dus ik verwacht daar een reactie op, op het moment dat ik daarnaar wil kijken. Die verwacht ik ook bij een kind dat seksueel misbruikt wordt bijvoorbeeld. Dat is sowieso, als een kind daar anders op reageert dan gemiddeld is dat een signaal om te denken dat er iets is, maar dat kan veel breder zijn dan dit. Ik verwacht eigenlijk ook, maar dat is dan natuurlijk meer alleen kinderen die een uitgebreide besnijdenis zouden ondergaan, dat je aan het looppatroon iets ziet, en dat een kind niet lekker wijdbeens gaat zitten of in kleermakerszit gaat zitten. Dat je bij het gewone motorische onderzoek en het houdingsonderzoek ziet dat er in dat gebied in ieder geval minder beweeglijkheid is dan bij normale, gemiddelde kind. Dus dat is dan ook een reden om er verder naar te kijken. Maar het kan ook zijn omdat het kind een congenitale heupdysplasie heeft en pijn heeft in het heupgewricht of een beperking. Het is in ieder geval een signaal dat je op kunt pakken van 'er zou wat kunnen zijn' en dan ga je wel verder luisteren. Wat je in het verhaal kunt horen is dat het kind, ik verwacht dan eigenlijk dat het een tijd afwezig is geweest op school of in een vakantie meegenomen is naar verder weg omdat het moeilijk zal zijn om het in Nederland te laten doen. Denk ik, maar goed, dat zijn dus dingen die ik eigenlijk niet precies weet. Ik verwacht niet in de anamnese er iets over te horen.' (arts 2)

Wat opvalt is dat een meerderheid van de artsen aangaf dat lichamelijk onderzoek tot de signalering van vrouwenbesnijdenis kan leiden, terwijl niet elke arts een genitaal onderzoek uitvoert! (zie ook paragraaf genitaal onderzoek) Een ander probleem is nog dat het onderzoek geweigerd kan worden. Vaak worden kinderen op 5-6 jarige leeftijd door de arts gezien, een leeftijd waarop de besnijdenis vaak nog niet heeft plaatsgevonden. Als er op deze leeftijd geen bijzonderheden zijn bij het genitaal onderzoek wordt een kind op latere leeftijd niet meer onderzocht. Bovendien werd aangegeven dat het contact met de 4-19 jarigen niet al te intensief is, en dat niet altijd alle kinderen gezien worden. Gêne bij de arts rondom een genitaal onderzoek bij meisjes werd één keer genoemd.

Eén arts gaf aan dat leraren bijscholing moeten krijgen over vrouwenbesnijdenis, zodat zij ook mogelijke klachten kunnen signaleren.

Analyse

Voor verpleegkundigen en artsen geldt dat zij kunnen navragen of een meisje besneden is of in de toekomst besneden gaat worden. Voor de artsen geldt dat zij naast het bespreekbaar maken ook de mogelijkheid hebben tot het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek bij de risicogroepen. Opvallend is echter dat dit niet door alle artsen spontaan genoemd wordt. Als men bovendien naar de resultaten kijkt, blijkt zelfs dat niet elke arts het reguliere genitale onderzoek bij meisjes uitvoert, maar hoogstens op jonge leeftijd 'een blik in de onderbroek' werpt. Naast het genitaal onderzoek is het navragen of een meisje besneden is altijd mogelijk. Hier speelt een gebrek aan kennis echter een grote rol. Het niet bekend zijn hoe een gesprek over vrouwenbesnijdenis het beste gevoerd kan worden, hoe er gesignaleerd kan worden, wat de mogelijke uitkomsten van een gesprek zijn en hoe er naar gehandeld moet worden, en wat de volgende stappen zijn bij een signalering, roepen eerder vragen op en veroorzaken mogelijk meer problemen dan dat er antwoorden gegeven worden op de vraag wat er aan de signalering van vrouwenbesnijdenis gedaan kan worden. Het lijkt logisch om alle vragen die opgeroepen worden te beantwoorden en oplossingen te verzinnen voor de problemen die

kunnen ontstaan, alvorens een beleid te maken die de signalering van vrouwenbesnijdenis mogelijk maakt.

Hierbij moet ook zeker aandacht besteed worden aan de vraag wat het nut is van het signaleren van vrouwenbesnijdenis, aangezien met een signalering de besnijdenis zelf niet voorkomen wordt en het geen continue proces is zoals dat bij 'gewone' kindermishandeling' plaatsvindt. Het schenden van het beroepsgeheim wordt aan de hand van de resultaten van dit onderzoek door de artsen niet als een groot obstakel gezien.

5.3 Vrouwenbesnijdenis als thema binnen de JGZ

Moet de problematiek rond vrouwenbesnijdenis een plaats vinden binnen de JGZ? Welke problemen zou dit mogelijk kunnen opleveren?

Alle verpleegkundigen en negen artsen zijn van mening dat vrouwenbesnijdenis een thema is waaraan aandacht binnen de JGZ besteed zou kunnen worden. Eén arts weet niet zeker of dit mogelijk is.

Er zijn hierbij wel enkele problemen te noemen die zouden kunnen optreden. Deze mogelijke problemen kunnen onderverdeeld worden in problemen rond de doelgroep, rond de verpleegkundigen/artsen zelf, en de JGZ in het algemeen.

De problemen die zich hierbij voor kunnen doen zijn al uitgebreid beschreven in de paragrafen preventie en signalering, en zijn nu samengevat in onderstaande tabel:

Tabel 4

Mogelijke problemen vanuit verschillende perspectieven

Doelgroep - Taboesfeer	Verpleegkundigen/Artsen - Weinig kennis en ervaring - Onduidelijkheid m.b.t. doorverwijzen
JGZ - (te) Kleine doelgroep - Lage incidentie/prevalentie? - Andere prioriteiten	Overige - Bezuinigingen, gebrek aan financiën - Gebrek aan mankracht - Slechte overdracht consultatiebureau en JGZ

Vanuit het perspectief van de doelgroep:

- de taboesfeer rond vrouwenbesnijdenis en het hierdoor niet goed kunnen doordringen tot de doelgroep.

Vanuit het perspectief van de verpleegkundigen/artsen:

- niet genoeg kennis en ervaring op het gebied van vrouwenbesnijdenis, waardoor men niet weet hoe de problematiek aangepakt moet worden. Het niet goed kunnen bespreken en het niet weten naar wie verder verwezen kan worden.

Vanuit het perspectief van de JGZ:

- de doelgroep is relatief klein, en de prevalentie en incidentie zou te laag zijn (wat niet bekend is).

Dan is er nog de vraag of de bijscholing, tijd en mankracht de tijdsinvestering wel waard is omdat er ook andere prioriteiten binnen de GGD zijn.

'Onze blik moet altijd heel breed zijn dus je moet eigenlijk van alles een beetje weten. En eigenlijk van niks heel veel want dat heeft niet zo veel zin. Dus eh, ja, zie je, dan zou je dus moeten kijken van, wat voor problemen komen het vaakste voor, ik denk dat de gewone kindermishandeling vaker voorkomt, dus denk ik uiteindelijk van, zou ik er toch voor kiezen om daar meer over te weten omdat ik daar meer kinderen van tegenkom, die daar het slachtoffer van zijn.' (verpleegkundige 4)

Andere problemen die genoemd worden zijn; het niet optimaal gebruiken van de mogelijkheden die er al binnen de JGZ zijn, het wegbezuinigen van contactmomenten, overdracht tussen het consultatiebureau en de JGZ die niet altijd goed verloopt, weerstand om nieuwe dingen te implementeren en (het gebrek aan) financiën en mankracht om een goed plan op te zetten.

Te ondernemen stappen

Welke stappen zouden vervolgens ondernomen moeten en/of kunnen worden om de preventie en signalering van vrouwenbesnijdenis een onderwerp binnen de JGZ te maken? De (mogelijk) te

ondernemen stappen worden onderverdeeld in naar de verpleegkundigen/artsen zelf, de JGZ en de doelgroep.

Verpleegkundigen en artsen

Het allerbelangrijkste is dat er veel meer bekendheid aan vrouwenbesnijdenis gegeven moet worden, iedereen moet weten dat het bestaat en hoe er mee omgegaan moet worden, hoe het bespreekbaar gemaakt moet worden, zodat dit ook daadwerkelijk gaat gebeuren. Dit zou eigenlijk voor iedereen die met kinderen werkt moeten gebeuren, dus ook voor bijvoorbeeld leerkrachten, door middel van bijscholingen.

'Dus opleiding, op het werkveld zelf, voorlichting, scholing. Voor de organisatie zelf. Dus de artsen en de verpleegkundigen. Ja.

Op scholen wordt natuurlijk ook veel voorlichting gegeven, daar moet het eigenlijk ook aan de orde komen, in principe. Zeker op scholen waar heel veel buitenlandse kinderen op zitten.'

(verpleegkundige 2)

Door een aantal respondenten werd aangegeven dat een discussie met vrouwen die zelf besneden zijn, ook een duidelijk licht op de zaak kan werpen.

JGZ

Op een meer algemeen niveau wordt het belangrijk geacht dat er een protocol voor vrouwenbesnijdenis wordt opgesteld. Dit protocol zou achtergrondinformatie moeten bevatten en ook hoe vrouwenbesnijdenis bespreekbaar gemaakt moet worden en welke stappen er ondernomen moeten worden als er een geval van vrouwenbesnijdenis gesignaleerd wordt.

'Als daar iets over op papier zou staan, wat voor stappen je zou kunnen ondernemen, en bij wie je dan terecht zou kunnen, denk ik dat ik dat zeker zou gebruiken ja. Het zou mij een hoop uitzoekwerk schelen om, als ik in zo'n situatie terecht zou komen.' (verpleegkundige 6)

Volgens drie verpleegkundigen zou de zorg op indicatie, bij risicogezinnen, moeten plaatsvinden. Tevens wordt het belangrijk geacht dat er een aanspreekpunt of een kenniscentrum komt, (als AMK voor kindermishandeling) waar naar doorverwezen kan worden of waar advies ingewonnen kan worden.

Hoe er per regio invulling aan het onderwerp vrouwenbesnijdenis wordt gegeven, zou afhankelijk kunnen zijn van het percentage kinderen waar de problematiek rond vrouwenbesnijdenis voorkomt. Hiertoe zouden er cijfers over de incidentie boven tafel moeten komen.

Een goed structureel overleg met MOA zou ook kunnen bijdragen bij de aanpak van de problematiek omdat zij er toch wat meer kennis en ervaring mee lijken te hebben

'Dat is aan de orde in de wereld en je kan ermee te maken hebben in je praktijk. En schroom niet om bijv. iemand van de GGD die ermee te maken krijgt of het vermoeden heeft dat ze ook eens naar de MOA verpleegkundigen kunnen bellen, die hebben daar toch meer mee te maken.' (verpleegkundige 3)

Doelgroep

Het wordt belangrijk geacht dat mensen binnen de doelgroep zelf ook voorgelicht worden. Dit kan door persoonlijke voorlichting en/of door middel van folders. Deze voorlichting zou tot stand kunnen komen doordat er door de JGZ en de doelgroep zelf een plan wordt opgesteld over de beste manier om dit aan te pakken.

'Ja, dat het gewoon, incest ook, je hebt met seksuele voorlichting, dan heb ik het daar ook altijd over want ik vind het belangrijk dat ze weten dat het bestaat en dat dat niet normaal is en dat het strafbaar is in Nederland. Dat zijn geen leuke dingen om het over te hebben maar ik vind niet dat je het over kan slaan. Dat heb ik toen ook gedaan in groep 8, een stukje incest, een stukje kindermishandeling, daar kan je mee te maken, zeker in een andere cultuur, is veel meer kindermishandeling. Dat is vaak, heel normaal wordt dat gevonden en ik vind toch dat kinderen moeten weten dat dat niet normaal is in Nederland.' (verpleegkundige 2)

'Ik denk namelijk dat ik het niet zou opdringen. Meer zo van "wat vinden jullie daarvan en willen jullie erover praten" weet je, ik zou het open laten. Als ze er niet over willen praten, dan niet. Dan zou ik ze misschien die folder geven, "als jullie willen, kijk het eens door", dan hebben ze het in ieder geval, als ze er niets mee doen, ja dan is het jammer, dan heb ik m'n werk gedaan. Dan heb ik m'n best gedaan, dan ligt het verder bij hen.' (verpleegkundige 1)

Meisjes zouden bovendien zelf ergens terecht moeten kunnen als ze zelf niet besneden willen worden.

Naast alle bovengenoemde te ondernemen acties zou er ook veel aandacht in de media aan vrouwenbesnijdenis besteed moeten worden. (school-tv, Jeugdjournaal, Postbus 51)

Het bovengenoemde wordt nog eens samengevat in onderstaande tabel.

Tabel 5

Te ondernemen stappen

Verpleegkundigen/Artsen - Bekendheid d.m.v. opleiding/bijtscholing - Discussie met besneden vrouwen	JGZ - Protocol vrouwenbesnijdenis - Kenniscentrum vrouwenbesnijdenis - Structureel overleg MOA - Incidentie cijfers
Doelgroep - Voorlichting	Overige - Media-aandacht

Analyse

Hoewel de meningen over de relatie tussen vrouwenbesnijdenis en kindermishandeling verdeeld zijn, is vrouwenbesnijdenis een onderwerp dat aan bod moet en kan komen binnen de JGZ. Dit is iets wat bijna alle respondenten met elkaar eens zijn.

Hiertoe zouden allereerst de jeugdartsen en -verpleegkundigen zelf voorgelicht/bijgeschoold moeten worden over vrouwenbesnijdenis en hoe hier mee omgegaan moet worden. Voordat er een gedegen basiskennis is kan er niet, of zeer moeizaam, gediscussieerd worden over de te ondernemen stappen en de mogelijke gevolgen hiervan, laat staan dat er met de doelgroep zelf een gesprek kan plaatsvinden! Naast de artsen en verpleegkundigen zou iedereen die met kinderen werkt (er valt voornamelijk te denken aan leerkrachten) hier voorlichting over moeten krijgen. Hier moeten echter wel financiële middelen en tijd voor vrijgemaakt worden, evenals het feit dat men moet beseffen dat vrouwenbesnijdenis, hoe relatief klein het probleem misschien ook is, een belangrijk onderwerp is waar de nodige aandacht aan besteed moet worden. Een probleem dat zich kan voordoen is dat niet iedereen het nut van een dergelijke onderneming in ziet, omdat men bijvoorbeeld in een wijk werkt waar alleen autochtone Nederlanders wonen. Verder moet men zich afvragen in hoeverre het mogelijk is om elke arts en verpleegkundige zo op te leiden dat zij precies weten hoe zij met een geval van vrouwenbesnijdenis om zouden moeten gaan. Niet iedereen zal naar verwachting even geïnteresseerd zijn of even vaak met deze problematiek in aanraking komen, waardoor er zich moeilijkheden kunnen voordoen als zij op een bepaald moment toch met vrouwenbesnijdenis in aanraking komen. Een oplossing hiervoor zou een informatie- en adviespunt kunnen zijn zoals dit ook voor kindermishandeling bestaat. Dit zou een functie kunnen worden van het huidige AMK, Stichting Pharos, of een nieuw op te zetten informatiepunt, waar iedereen die met vrouwenbesnijdenis te maken krijgt, informatie kan inwinnen.

Een protocol met achtergrondinformatie en een stappenplan, waar ook in staat waar men terecht kan voor meer informatie, zou gewaardeerd worden en ook zeker nuttig zijn. Hierbij is het van belang dat er een consensus wordt bereikt over de relatie tussen vrouwenbesnijdenis en kindermishandeling. Naar aanleiding van de uitkomst hiervan zou het protocol zoals dat voor kindermishandeling bestaat gebruikt kunnen worden, of er moet een nieuw, aangepast protocol voor vrouwenbesnijdenis komen.

5.4 Hoofdtak

Bij wie zou de hoofdtak moeten liggen om vrouwenbesnijdenis te voorkomen en te signaleren?

Samenwerkingsverband en gedeelde verantwoordelijkheid

Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen en de artsen zien een rol weggelegd voor de JGZ om vrouwenbesnijdenis te voorkomen en te signaleren, omdat binnen de JGZ in principe alle kinderen

gezien worden. Dit zou dan wel in samenwerking met andere personen of instanties moeten gebeuren. Een samenwerkingsverband is voor de JGZ van belang omdat er (volgens een tweetal verpleegkundigen) binnen de JGZ te weinig confrontatie met vrouwenbesnijdenis zou zijn. Aangevoerd wordt dat de moeders in eerste instantie de doelgroep zijn die aangepakt moeten worden, en dat daarmee een taak voor de gynaecoloog en vroedvrouw is weggelegd. In zo'n samenwerkingsverband zouden ook nog andere personen of instanties deel kunnen nemen. Te denken valt hierbij aan huisartsen en/of leerkrachten aangezien zij ook veel contact met ouders en hun kinderen hebben en zo zouden kunnen meewerken aan de signalering en preventie. Een goede overdracht tussen de verschillende disciplines is dan belangrijk om een zo continu mogelijke zorg te verlenen.

Waar de uiteindelijke hoofdtaak ook ligt, het lijkt van belang te zijn dat er een samenwerkingsverband komt om vrouwenbesnijdenis zo effectief mogelijk te bestrijden.

Als voorbeeld gaven twee van de verpleegkundigen aan dat vrouwenbesnijdenis een probleem van zodanige omvang is dat er een team van ervaren mensen, een soort expertisecentrum, moet zijn waarop teruggevallen kan worden. In dit team zouden zeker jeugdartsen, -verpleegkundigen (GGD en MOA) en een gynaecoloog moeten zitten, het liefst vrouwen. Dergelijke activiteiten zouden idealiter wel door het Ministerie van VWS ondersteund moeten worden.

'Het zou natuurlijk mooi zijn als het een van de regering uit gedragen iets is, dat het hier niet getolereerd wordt en dat het niet hoort. Ook als je natuurlijk van regeringswege, die komen natuurlijk ook in dat soort landen. Dat zou natuurlijk helemaal mooi zijn. Kijk, als die het natuurlijk kunnen uitdragen naar de 3^e wereld landen, en dat soort dingen meer. Maar goed, dat is natuurlijk eh, je kan natuurlijk van boven naar beneden, je kan ook vanonder naar boven. Het zou natuurlijk mooi zijn als het van regeringswege ondersteund wordt en ook uitgedragen wordt naar andere regeringen. [.....] Dan heb je natuurlijk een draagvlak. Maar ik denk voor je zover bent moet je onderaan beginnen en dan naar boven gaan. Maar het zou het mooiste zijn als je van regeringswege uitdraagt, dit probleem hebben we, dit moet aangepakt worden, dit wordt niet getolereerd en we accepteren dit niet. GGD ga ermee aan de gang, hier heb je geld. Dat zou het mooiste zijn.'
(verpleegkundige 7)

In tegenstelling tot het hierboven genoemde samenwerkingsverband waren vier verpleegkundigen en twee artsen van mening dat de hoofdtaak bij de openbare gezondheidszorg zou moeten liggen, te weten bij de GGD's. De arts doet het lichamelijk onderzoek, met een inspectie van de genitalia, waardoor een eventuele besnijdenis gesignaleerd kan worden. De verpleegkundige ziet de kinderen wat vaker waardoor zij beter een vertrouwensband kan opbouwen en zo goede voorlichting kan geven.

Een drietal artsen wezen op het feit dat de doelgroep zelf hier niet vergeten mag worden. De JGZ - (of andere) medewerkers hebben een rol bij de signalering en preventie maar de echte verandering moet vanuit de doelgroep, en de landen waar zij vandaan komen (overheid, gezondheidswerkers, vrouwenbewegingen), zelf komen. Als hier niets mee gebeurt zal het meer moeite kosten om aan de preventie en signalering te werken.

5.5 Samenwerking

Gezien het feit dat samenwerking tussen collega's binnen de JGZ en andere disciplines van uitermate belang is voor het effectief bestrijden van ingewikkelde problematiek zoals vrouwenbesnijdenis, is gevraagd hoe de samenwerking verloopt op verschillende gebieden.

Collegae

De samenwerking tussen collega's onderling werd door elke respondent als goed ervaren. Iedereen weet elkaar goed te vinden en problemen kunnen gemakkelijk besproken worden, iets dat vaak via cliëntbesprekingen en intern overleg gebeurt.

Drie MOA-verpleegkundigen gaven echter wel problemen in de onderlinge samenwerking aan. Genoemd wordt dat de samenwerking tussen de MOA en de GGD beter zou kunnen, waarbij er meer van elkaars contacten gebruik gemaakt worden en de overdracht van MOA naar GGD goed moet verlopen.

'Er zijn altijd dingen die je beter kunt, die je kan veranderen. Daar zijn we ook wel mee bezig. Wij zijn bezig om ook bij de GGD te gaan werken. Wel door de MOA betaald te worden maar lijfelijk bij

de GGD te gaan zitten om daar echt bij te integreren zodat je ook van de contacten van de GGD en verpleegkundigen die daar werken optimaal gebruik kan maken.'

En met scholen, zijn jullie daar iets mee van plan?

'Ja, dat willen we dus dan gaan doen door die contacten met de jeugdverpleegkundigen van de GGD te verbeteren. En hun ook een beetje, ja, voor te lichten, kennisoverdrachten plaats te laten vinden zodat zij in hun contacten met de scholen ook beter uit de voeten kunnen. Eventueel ook de school richting ons kunnen laten gaan. Dat gebeurt nu heel weinig.'

Waarom is dat?

'Omdat er bij de scholen niet bekend is, of slecht bekend is dat de MOA überhaupt bestaat, en dus ook de zorg voor asielzoekers kinderen uitvoert. Bij de scholen en de GGD is het heel moeilijk uit te vinden of een kind nog een asielzoekers kind is of niet. Of het kind een status heeft of niet, want ook kinderen die nog geen status hebben kunnen ingeschreven zijn bij de gemeente en als ze bij de gemeente ingeschreven staan komen ze automatisch op de GGD lijst. Dan kunnen zij niet meer zien of het een asielzoekers kind is of niet en dan gaan ze gewoon in de GGD mee. Dan komt er dus verwarring als wij ze ook nog op gaan roepen en ja, dat is gewoon de moeilijkheid op dit moment.'
(respondent 6, MOA verpleegkundige)

Een goede samenwerking tussen de GGD en de MOA lijkt hiermee belangrijk te zijn voor een goede continue zorg voor asielzoekerskinderen.

Scholen

Zeven verpleegkundigen en vijf artsen gaven aan een goed contact met scholen te hebben. Als het nodig is kunnen GGD en scholen in principe altijd contact met elkaar opnemen maar of dit daadwerkelijk gebeurt hangt vaak van de wil om een goed contact te onderhouden en van individuele werkwijzen af. Dit blijkt onder andere uit het feit dat in Zaandam één arts aangaf elke 6 weken een overleg te hebben, terwijl een andere arts in Zaandam alleen overleg heeft als de kinderen onderzocht of opgeroepen zijn. Er is slechts één MOA-verpleegkundige die aangaf weinig contact met scholen te hebben. Dit wordt veroorzaakt doordat de asielzoekerskinderen over veel verschillende scholen verspreid zijn en het moeizaam is om met zoveel scholen een goed contact te houden.

Huisarts

Zeven verpleegkundigen gaven aan dat het contact met de huisarts over het algemeen redelijk goed is, dit gebeurt overigens vaak schriftelijk en niet altijd via de verpleegkundige maar via de jeugdarts. Voor de jeugdartsen verschilt de samenwerking met de huisarts. De ene jeugdarts heeft alleen schriftelijk contact, via verwijzingen, met de huisarts, terwijl de andere jeugdarts meer persoonlijke contacten heeft. Alhoewel ook hier de samenwerking van individu tot individu verschilt, lopen problemen rond de samenwerking met de huisarts het meeste in het oog, waarbij maar liefst 7 artsen verschillende soorten problemen aangaven. Het tijdgebrek van huisartsen lijkt een grote rol te spelen, waardoor overleggen moeilijk te plannen zijn, huisartsen slecht bereikbaar zijn en er lang gewacht moet worden op antwoorden. Soms is men niet op de hoogte van elkaars werkwijzen of protocollen, waardoor informatie over een betreffende persoon niet altijd teruggekoppeld wordt. Sommige jeugdartsen voelen zich bovendien niet serieus genomen door huisartsen.

Buurtnetwerk/overlegstructuren

Zeven verpleegkundigen en zes artsen participeren in een vorm van een buurtnetwerk of hebben structurele overleggen. Dit buurtnetwerk of -overleg vindt om de zoveel tijd plaats (bijvoorbeeld eens in de 6 weken) waarin verschillende disciplines deelnemen. In dit netwerk kunnen probleemgevallen ingebracht worden voor gezamenlijk overleg. Er wordt dan naar de beste oplossing gezocht, en bekeken wie, of welke instantie hulp zou moeten verlenen bij het specifieke probleem. In een buurtnetwerk kunnen deelnemen: GGD, politie, maatschappelijk werk, bureau jeugdzorg, AMK, huisartsen etc. Wie er in een buurtnetwerk of overlegvorm participeren is afhankelijk van de regio.

Hoewel een overlegvorm tussen verschillende disciplines een goede aanpak lijkt doordat er multidisciplinair naar een probleem gekeken wordt, brengt dit ook de nodige problemen met zich mee. De tijdsdruk en wachttijden (bij o.a. Bureau Jeugdzorg en het RIAGG) waar eenieder mee te maken heeft kan ertoe leiden dat niet alles altijd even snel aangepakt kan worden. Bovendien is het niet altijd duidelijk wie de eindverantwoordelijkheid binnen een overlegvorm heeft, wat tot vertraging kan leiden.

Analyse

Dat vrouwenbesnijdenis aan bod dient te komen is al uit het voorgaande gebleken maar is er ook een hoofdverantwoordelijke aan te wijzen bij de strijd tegen de vrouwenbesnijdenis? Uit de resultaten blijkt dat de meningen hierover verdeeld zijn. Er worden verschillende opties aangedragen, waarbij de hoofdtaak alleen bij de GGD, alleen bij de doelgroep zelf, of bij een verschillende combinaties van groepen en instanties kan liggen. (onder andere huisartsen, MOA, gynaecologen, regering)

Belangrijk is ook hier dat er een eenduidig beleid gemaakt waarbij een samenwerkingsvorm tussen alle genoemde mogelijkheden voor de hand ligt, zoals dat nu ook bij kindermishandeling het geval is.

Voor een goed werkzaam samenwerkingsverband is het van belang dat alle partners hier goed aan meewerken. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de onderlinge samenwerking met collega's altijd goed is. Men kan bij elkaar terecht voor vragen en advies. Er wordt ook regelmatig geparticipeerd in buurtnetwerken waar probleemgevallen met meerdere disciplines tegelijkertijd besproken worden. Opmerkelijk hier is wel dat alle geïnterviewde MOA-verpleegkundigen aangeven dat de samenwerking tussen de MOA en de GGD beter zou kunnen. Dit kan van belang zijn omdat er schijnbaar meer ervaring met, en kennis over vrouwenbesnijdenis, bij medewerkers van de MOA heerst.

Als bovendien de huisartsen bij het samenwerkingsverband betrokken zouden worden, zou het goed zijn om te kijken hoe dit in de praktijk moet plaatsvinden, aangezien er bij de samenwerking zoals die nu is, nogal wat problemen worden aangegeven.

Hoofdstuk 6 Discussie

In het theoretisch kader zijn mogelijkheden ter preventie en signalering, binnen de Jeugdgezondheidszorg, van vrouwenbesnijdenis besproken. Gezien de doelstellingen en de opzet van de JGZ lijkt er een rol voor de jeugdarts en -verpleegkundige weggelegd te zijn bij het signaleren en voorkomen van vrouwenbesnijdenis.

Preventie

Ten behoeve van de preventie, die voornamelijk uit het bespreken en voorlichting geven bestaat, is gesproken over communicatiemodellen. Deze modellen laten zien dat communicatie tussen verschillende personen een dynamisch geheel vormt, en dat het hierbij van belang is dat de communicatie partners elkaar goed begrijpen. Dit houdt in dat het belangrijk is om iets van iemands achtergrond en cultuur te weten, om zo ook een idee te hebben van het referentiekader van de gesprekspartner en het (non) verbale gedrag te kunnen interpreteren. Uiteraard moet er ook bekendheid zijn met het onderwerp dat besproken moet worden, en moeten beide partners de motivatie hebben om hier over te praten.

Aan motivatie lijkt er bij de jeugdartsen en -verpleegkundigen geen gebrek te zijn, het onderwerp wordt belangrijk genoeg gevonden om iets mee te doen, maar er zijn andere obstakels. De artsen en verpleegkundigen geven zelf aan dat hun kennis over vrouwenbesnijdenis niet genoeg is en beter zou kunnen, zelfs bij degenen die in wijken werken waar (veel) Somaliërs wonen. Zonder deze kennis is het moeilijk om een (voorlichtings) gesprek aan te gaan. Naast de afwezige kennis is er ook weinig ervaring met vrouwenbesnijdenis. Dit kan komen doordat er door de afwezige kennis ook minder op gelet wordt of meisjes besneden zijn, waardoor artsen en verpleegkundigen het niet tegenkomen, waardoor ze er weinig aandacht aan besteden (omdat het onbekend is!) etc etc. Men komt gemakkelijk in een vicieuze cirkel terecht.

Bijscholing en voorlichting is dus onontbeerlijk bij de aanpak van vrouwenbesnijdenis. Dit zou idealiter voor elke jeugdarts en -verpleegkundige gelden. Eventueel kan er begonnen worden met diegenen die in wijken werken, of gaan werken, waarvan bekend is dat er groepen wonen die hun dochters laten besnijden.

Die bijscholing en voorlichting geldt niet alleen voor de artsen en verpleegkundigen, maar tevens voor de doelgroep zelf. Communicatie blijft een interactie tussen twee partners. Voor beiden geldt dat zij gemotiveerd moeten zijn en elkaar kunnen begrijpen. In het geval van de Somalische doelgroep is de voorlichting van Stichting Pharos dus een stap in de goede richting!

Als de kennis over vrouwenbesnijdenis, en hoe hier een gesprek over te voeren, aanwezig is, kan nog nagedacht worden over de personen die het gesprek aangaan en de voorlichting geven. In het kader van de communicatie is het namelijk tevens van belang dat de informatie ook duidelijk overkomt. In eerste instantie zal dit de arts of verpleegkundige zijn, omdat men hier de afspraak heeft. Als de verschillen in taalbarrière, opvattingen en gebruiken toch te groot blijken te zijn om een genoeg diepgaand en zinnig gesprek aan te gaan, kan er eventueel een tolk of vetc'er ingezet worden. Alhoewel aangegeven wordt dat dit doorgaans veel tijd kost moet de afweging gemaakt worden of het de moeite waard is, wat gezien de problematiek zeker zo is!

Signalering

De signalering van vrouwenbesnijdenis, en hoe deze moet verlopen, roept een aantal vragen op. Er zal in de eerste plaats duidelijk gemaakt moeten worden hoe er gesignaleerd kan worden. In eerste instantie kan er navraag gedaan worden of een meisje besneden is of besneden gaat worden. Hierbij is de bovengenoemde kennis over vrouwenbesnijdenis onontbeerlijk.

Artsen hebben bovendien nog de mogelijkheid tot een genitaal onderzoek. Alhoewel dit al een verplicht onderdeel is, wordt dit niet door iedereen uitgevoerd. Als het wel uitgevoerd wordt gebeurt dit vaak maar eenmalig, op jonge leeftijd, om het vervolgens niet meer te doen als alles tijdens die controle in orde was. Voor de (eventueel verplichte!) controle op vrouwenbesnijdenis zal er iets moeten veranderen. Er zal in de eerste plaats onder de artsen een ommezwaai in het controleren van de genitalia moeten komen. De redenen die gegeven worden waarom het genitaal onderzoek in het algemeen niet uitgevoerd wordt (zoals slechte onderzoekruimtes en gêne bij de arts), zijn niet opgelost als daar niets aan gedaan wordt. Bovendien is een eenmalige controle op jonge leeftijd niet genoeg. Een meisje kan op latere leeftijd ook nog besneden worden!

Naast deze praktische problemen zijn er nog andere vragen die opgeroepen worden als het over signalering gaat. Wat is bijvoorbeeld het nut van signaleren als een meisje toch al besneden is? Het grote voordeel zou zijn dat er een gerichte aanpak kan plaatsvinden van het voorkómen van de

besnijdenis van eventuele zusjes. Hier moet dan wel afgevraagd worden wat de strafrechtelijke gevolgen van een besnijdenis moeten zijn. Heeft het bijvoorbeeld wel nut om meisjes (tijdelijk) uit huis te plaatsen om een besnijdenis te voorkomen, of om de ouders te vervolgen met mogelijke straffen in het vooruitzicht? Wegen de nadelen hiervan wel op tegen de voordelen van het voorkomen van een besnijdenis? Vragen hieromtrent zijn niet gemakkelijk te beantwoorden en roepen eerder meer vragen op dan dat er een duidelijke uitspraak gedaan kan worden. Toch is het belangrijk dat erover nagedacht welke strafrechtelijke consequenties signaalwaarde hebben en of deze uiteindelijk wel nuttig zijn. Het is immers zinloos om te signaleren zonder dat er bekend is wat er vervolgens moet gebeuren.

Vrouwenbesnijdenis als kindermishandeling?

Dat het niet onmogelijk is om ingewikkelde problematiek binnen de JGZ aan te pakken komt naar voren uit het feit dat men over het algemeen goed weet hoe er in een geval van kindermishandeling gehandeld moet worden. In de meeste gevallen is hier ook een protocol voor handen en is er bovendien een informatie- en adviespunt voor kindermishandeling, het AMK.

Alhoewel vrouwenbesnijdenis wettelijk gezien ook een vorm van kindermishandeling is, is het niet zo vanzelfsprekend om het ook als zodanig te behandelen. Er is in de eerste plaats geen onderlinge consensus over de vraag of vrouwenbesnijdenis echt een vorm van kindermishandeling is, gezien de culturele en sociale context hiervan. Het lijkt dat degenen die al eens met vrouwenbesnijdenis in aanraking zijn geweest, wat meer moeite hebben om vrouwenbesnijdenis puur als kindermishandeling te zien. Daar komt nog bij dat er verschillende vormen van vrouwenbesnijdenis bestaan, waarbij door sommige artsen en verpleegkundigen afgevraagd wordt of de lichte vorm wel toegestaan zou kunnen worden.

Zolang er onderling geen duidelijkheid is of alle vormen van vrouwenbesnijdenis een vorm van kindermishandeling zijn, en zij hetzelfde behandeld moeten worden, zal het voor de artsen en verpleegkundigen moeilijk zijn om te beslissen hoe zij met de verschillende vormen om moeten gaan, en ligt het bovendien niet voor de hand om het protocol voor kindermishandeling te gebruiken of advies bij het AMK te vragen (wat dan ook niet gebeurt).

Protocollering en adviesgroep

Gezien de complexiteit van de problematiek rond vrouwenbesnijdenis en de afwezige ervaring met vrouwenbesnijdenis wordt het waardevol geacht een specifiek protocol voor vrouwenbesnijdenis te hebben. Het protocol dat voor kindermishandeling bestaat werkt zeer goed en het nieuwe protocol zou hier delen uit kunnen bevatten, zoals het bespreekbaar maken. Er moet goed bezonnen worden over de vraag of verdere stappen, zoals een officiële melding van vrouwenbesnijdenis, en waar dit dan moet gebeuren, ook tot dit protocol zouden moeten behoren.

Een anonieme melding is een mogelijkheid waardoor er in ieder geval cijfers over de incidentie, prevalentie en de vormen van vrouwenbesnijdenis boven tafel kunnen komen. Deze cijfers zijn van belang om een goede indruk te krijgen van de verspreiding in Nederland en zo een aangepast voorlichtings- en signaleringsprogramma op te kunnen stellen. Een niet anonieme melding kan betekend dat er strafrechtelijke stappen moeten worden ondernomen.

Naast dit protocol zou een informatie- en adviespunt, waarin personen plaats hebben die veel verstand hebben van vrouwenbesnijdenis, in het leven geroepen moeten worden om artsen en verpleegkundigen bij te kunnen staan. Vrouwenbesnijdenis komt men niet vaak tegen, waardoor het van belang is dat er een instantie is waar men op kan terug vallen of naar kan doorverwijzen als het zich eens in de praktijk voordoet. Het AMK is een instelling die vaak geraadpleegd wordt bij gevallen van kindermishandeling. Een dergelijke instelling zou voor vrouwenbesnijdenis ook een uitkomst zijn. Dit zou het al bestaande AMK kunnen zijn of een nieuw op te richten instantie.

Samenwerking

Net zoals kindermishandeling een onderwerp is dat interdisciplinair aangepakt wordt, zou dat met vrouwenbesnijdenis ook zo moeten zijn. Er zijn meerdere disciplines die op verschillende momenten met vrouwenbesnijdenis in aanraking kunnen komen. Als er een goede samenwerking met betrekking tot vrouwenbesnijdenis tussen deze verschillende disciplines is, zal de effectiviteit en continuïteit van preventie en signalering veel beter zijn. Hiervoor is het uiteraard belangrijk dat de wegen om elkaar te vinden duidelijk moeten zijn. Een instantie als het AMK, of een nieuw specifiek infopunt voor vrouwenbesnijdenis zou hierbij misschien een regulerende rol kunnen spelen. Hierbij moet wel individuele wil en motivatie, om de problematiek aan te pakken, aanwezig zijn om tot een geslaagde aanpak te komen.

Toekomst

Voor de preventie en signalering geldt dat er het afgelopen jaar al veel gebeurd is. PvdA kamerlid Arib heeft een motie ingediend ten behoeve van de verplichte controle door jeugdartsen op vrouwenbesnijdenis. Het ministerie van VWS heeft onder andere een adviescommissie ingesteld die zal kijken naar de mogelijkheden van effectieve preventie en signalering die eind dit jaar advies zal uitbrengen. Tevens wordt een onderzoek ingesteld naar het vóórkomen van vrouwenbesnijdenis in Nederland.

De AJN is ook met een stappenplan ter preventie en signalering van vrouwenbesnijdenis gekomen. Stappen in de goede richting worden al gemaakt!

Dat vrouwenbesnijdenis en de bijkomende problematiek geen gemakkelijk onderwerp is dat vele vragen oproept, is uit dit onderzoek wel naar voren gekomen. Dit betekent echter niet dat hier niets aan gedaan moet worden. Er zijn nog veel onduidelijkheden en vragen die beantwoord moet worden maar met goede wil en samenwerking kan er veel gebeuren!

Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen

Om tot de conclusies van dit onderzoek te komen wordt eerst teruggekeken naar de oorspronkelijke vraagstelling:

Hoe groot zou de rol van de jeugdarts en -verpleegkundige bij het signaleren en voorkómen van vrouwenbesnijdenis kunnen zijn en hoe moet dit in de praktijk gebracht worden?

Er kan geconcludeerd worden dat er zeker een rol voor de Jeugdgezondheidszorg is weggelegd ter preventie en signalering van vrouwenbesnijdenis. Er zijn echter een aantal punten waarop actie ondernomen zal moeten worden om tot een effectieve preventie en signalering te komen.

Voorlichting is een belangrijke pijler ter preventie van vrouwenbesnijdenis. Om tot een goede voorlichting (communicatie) te komen moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan om deze nuttig te laten zijn.

1. Het vergroten van de kennis onder jeugdartsen en -verpleegkundigen over de achtergrond en gebruiken van vrouwenbesnijdenis tijdens de opleiding, en door middel van bijscholingen en cursussen.
2. Het leren omgaan van de jeugdartsen en -verpleegkundigen met vrouwenbesnijdenis in de praktijk. Het bespreekbaar kunnen maken, het kunnen signaleren, en verdere hulp aanbieden.
3. Voorlichting aan de doelgroep met betrekking tot medische en psychische consequenties van vrouwenbesnijdenis. Tevens voorlichting met betrekking tot het Nederlandse standpunt ten opzichte van vrouwenbesnijdenis.

Vervolgens is signalering belangrijk om erachter te komen of meisjes besneden zijn, zodat zij geholpen kunnen worden met mogelijk aanwezige medische/psychische klachten. Tevens kunnen eventuele zusjes behoed worden voor een besnijdenis. Het is zeer belangrijk dat er duidelijkheid heerst over alle verschillende vormen van besnijdenis, en hoe deze behandeld dienen te worden. Met behulp van de signalering en daaraan gekoppelde meldingen kunnen cijfers over incidentie en prevalentie boven water komen, wat een beter beeld van de verspreiding van vrouwenbesnijdenis in Nederland kan geven. Hierdoor kunnen er gerichte programma's opgesteld worden. Mogelijk kunnen er strafrechtelijke stappen ondernomen worden om

4. Consensus met betrekking tot de verschillende vormen van vrouwenbesnijdenis, en hoe deze behandeld dienen te worden.
5. Het ontwikkelen van een duidelijk protocol met betrekking tot de signalering van vrouwenbesnijdenis en de verder te ondernemen stappen.
6. Signalering onder andere door middel van genitaal onderzoek van risicogroepen op meerdere leeftijden.
7. Het opzetten van een informatie- en adviespunt waar deskundigen op het gebied van vrouwenbesnijdenis inzitten. Jeugdartsen en -verpleegkundigen, en anderen die met vrouwenbesnijdenis in aanraking kunnen komen, moeten hier gemakkelijk contact mee op kunnen nemen.
8. Het opzetten van een registratiesysteem ter verkrijging van cijfers over incidentie en prevalentie.

Literatuur

- Baarda, D.B. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Stenfert Kroese, Groningen 2001
- Bartels, Edien. *Vrouwenbesnijdenis als markeringsritueel*. In *Antropologische Verkenningen* 12 (1): 1-19, 1993
- Bijlsma, J. *In het ledenbulletin van de NVJG*, november 2002
- Deenen, Th.A.M., Janssens, J.R., Kila, C.M., Vaate E. bij de, Baeten, J., Engelsman, C., Asperen, E. van. *Gezondheidsvoorlichting in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Spruyt, Van Mantgem & De Does bv, Leiden, 2000
- Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit Amsterdam. *Blokboek Gezondheidszorg*. Vrije Universiteit Amsterdam, 2001
- Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. *Informatie over vrouwenbesnijdenis*. Rijswijk, maart 1994
- Grassivaro Gallo, P. *Epidemiological, medical, legal, and psychological aspects of mutilation at risk girls in Italy*. In *Male and female circumcision. Medical, legal and ethical considerations in pediatric practice*. George C. Denniston, Frederic Mansfield Hodges and Marilyn Fayre Milos. Kluwer Academic Publishers, New York, 1998
- Hendriks, Marina. *Projectevaluatie; Vrouwenbesnijdenis in Nederland, van beleid naar praktijk – september 2000- december 2002*. FSAN, Pharos, juli 2003
- Kwaak, A. van der. *Female circumcision and Gender identity: A Questionable Alliance?* In *Social Science & Medicine*, 35(6): 777-787, 1992
- Kwaak, A. van der. *In 'Van verzwegen pijn naar stil verdriet'. Visies op vrouwenbesnijdenis en verandering*. Vrije Universiteit, Amsterdam, januari 2004
- Kwaak, A. van der. Bartels, E. Vries, F.de. Meuwese, S. *Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes. Inventarisatie en aanbevelingen*. Onderzoek verricht in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Reed Business Information BV. Doetinchem, november 2003
- Maertens, N. Maris, N. *Patiëntgericht voorlichten. Leerboek voor verpleegkundigen*. Landelijk Centrum GVO, Utrecht 1992
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Ministerie van VWS, maart 2002
- Naleie, Zahra Siad. *Ka badbaadi gabadhaada Xanuunka iyo taaho Gudniinka (Bespaar uw dochter de pijn van besnijdenis)* FSAN, Amsterdam, 1997
- Nicolaas, H. *Gezinshereniging en gezinsvorming onder asielmigranten*. Maandstatistiek van de bevolking. CBS, Voorburg/Heerlen, september 1998
- Pharos. *Vrouwenbesnijdenis, informatie voor de gezondheidszorg*. Pharos, Utrecht, augustus 1995
- Roode, R.P. de, Coebergh, N., Pollmann, P.M. *Meldcode voor medici inzake kindermishandeling*. KNMG, Utrecht, juli 2002
- Schuil, P.B., Bolscer, D.J.A., Brouwers-de Jong, E.A., Brugmans, M.-L.D.J., Bruijns, S.D.A., Hengeveld, H., Lokven, E.M. van, Noort, E.J. van der, Wolbers, A.W. *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg, deel B*. van Gorcum, Assen, 2000
- Schuil, P.B., Bolscer, D.J.A., Brouwers-de Jong, E.A., Brugmans, M.-L.D.J., Bruijns, S.D.A., Hengeveld, H., Lokven, E.M. van, Noort, E.J. van der, Wolbers, A.W. *Nederlands Leerboek*

Jeugdgezondheidszorg, deel A. Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002

Shadid, W.A. *Grondslagen van de interculturele communicatie. Studieveld en werkterrein.* Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem, 1998

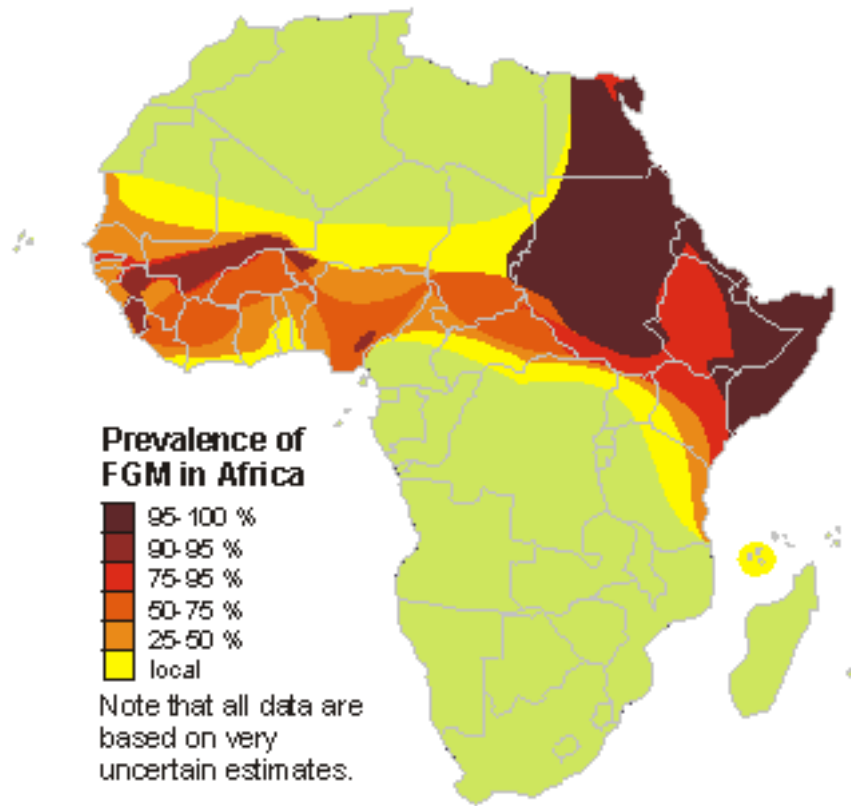
WHO, *Female Genital Mutilation, integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery.* Department of Gender and Women's Health, Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, WHO, Geneva 2001

WHO, *factsheet 241*, juni 2000

Wolzak, Adrie. *Adviezen en meldingen over kindermishandeling in 2001.* NIZW/expertisecentrum kindermishandeling, Utrecht 2002

Bijlage 1

Afrol News, november 2004



- Wat doet u dan? Heeft u contact met het AMK? Met wat voor reden (advies of melding)?
- Heeft u hier een duidelijk protocol voor? Zo ja, volgt u dat, zo nee, zou dat er moeten zijn?
- Wat zou er dan in moeten staan?
- Bent u daarbij in een juridisch proces verwickeld geraakt? Wat vond u hiervan?

Vindt u dat meisjesbesnijdenis een vorm van kindermishandeling is? Waarom wel/niet?

- Zo nee, is een dergelijke koppeling denkbaar?

Gebruikt u protocollen als u een geval van vrouwenbesnijdenis tegenkomt? Waarom wel/niet? Welke protocollen?

- Zijn deze protocollen duidelijk? Waarom wel/niet? Wat zou er eventueel aan moeten veranderen en is dat mogelijk?

Kunt u zich voorstellen dat u betrokken raakt bij een juridisch proces m.b.t vrouwenbesnijdenis? Om welke redenen zou u hier wel of niet aan mee willen werken?

Denkt u dat er op dit moment genoeg mogelijkheden zijn om vrouwenbesnijdenis te signaleren en te voorkomen?

- Waarom wel/niet?

Wat vindt u dat er aan de huidige situatie zou moeten veranderen om vrouwenbesnijdenis zo veel mogelijk te voorkomen?

Heeft u verder nog iets te vragen/op te merken?