

# **Vrouwelijke Genitale Verminking nader bekeken**

Een onderzoek naar de aard, omvang en attitude onder professionals en risicogroep in Amsterdam en Tilburg

Auteurs:

Merlijn Kramer (1), Paula Dijkema (2), Iety Joris (2), Pauline Tichelman (1),  
Arnoud Verhoeff (1)

(1) GG&GD Amsterdam

(2) GGD Hart voor Brabant

# Inhoudsopgave

## Dankwoord

## Samenvatting

- 1. Inleiding**
  - 1.1 Aanleiding
  - 1.2 Doel- en vraagstellingen
  - 1.3 Opzet rapport
  
- 2. Historische en sociaal-culturele achtergronden van VGV**
  - 2.1 Definitie
  - 2.2 Ontstaansgeschiedenis en sociaal-culturele achtergronden
  - 2.3 Omvang van de problematiek wereldwijd
  - 2.4 Verbod
  
- 3. Opzet onderzoek**
  - 3.1 Onderzoek onder zorg- en dienstverleners en leerkrachten van basisscholen
    - 3.1.1 Vragenlijsten
    - 3.1.2 Onderzoekspopulatie
    - 3.1.3 Analyse gegevens
  - 3.2 Onderzoek onder Somalische vrouwen in Tilburg
    - 3.2.1 Focusgroepinterviews
    - 3.2.2 Onderzoeksgroep
    - 3.2.3 Analyse gegevens
  
- 4. Resultaten**
  - 4.1 Onderzoek onder zorg- en dienstverleners en leerkrachten van basisscholen in Amsterdam en Tilburg
    - 4.1.1 Respons
    - 4.1.2 Aard en omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg
    - 4.1.3 Kennis en voorlichtingsbehoeften
  - 4.2 Onderzoek onder Somalische vrouwen in Tilburg
    - 4.2.1 Verloop van de focusgroepinterviews
    - 4.2.2 Omvang en aard van VGV
    - 4.2.3 Attitude ten aanzien van VGV
    - 4.2.4 Attitude ten aanzien van het verbod en andere maatregelen
  
- 5. Discussie**
  - 5.1 Onderzoek onder zorg- en dienstverleners en leerkrachten van basisscholen in Amsterdam en Tilburg
    - 5.1.1 Methodologische beschouwing
    - 5.1.2 Inhoudelijke discussie
  - 5.2 Onderzoek onder Somalische vrouwen in Tilburg
    - 5.2.1 Methodologische beschouwing
    - 5.2.2 Inhoudelijke discussie
  
- 6. Conclusies en aanbevelingen**
  - 6.1 De omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg
    - 6.1.1 'Wat is de geschatte omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg volgens professionals

- 6.1.2 'Hoeveel beroepsoefenaren en professionals zijn in de afgelopen 12 maanden in aanraking gekomen met VGV?'
- 6.1.3 'Hoeveel beroepsoefenaren zijn in de afgelopen 12 maanden in aanraking gekomen met complicaties als gevolg van besnijdenis van meisjes of vrouwen?'
- 6.2 De kennis en voorlichtingsbehoeften van de betrokken zorgverleners en andere professionals in de betreffende regio's
  - 6.2.1 'Wat is de aanwezige kennis van de beroepsoefenaren met betrekking tot VGV?'
  - 6.2.2 'Zien beroepsbeoefenaren het als hun taak om VGV te bespreken met patiënten/vrouwen?'
- 6.3 De attitude van de Somalische bevolkingsgroep ten opzichte van VGV, het verbod erop en de barrières tot verandering
  - 6.3.1 'Hoe vaak komt, volgens Somalische vrouwen in Tilburg, VGV voor onder de eigen bevolkingsgroep? Welke vormen worden toegepast, op welke leeftijd en waar?'
  - 6.3.2 'Wat is de houding (attitude) van Somalische vrouwen in Tilburg ten aanzien van VGV?'
  - 6.3.3 'Wat is de houding (attitude) van Somalische vrouwen in Tilburg ten aanzien van het verbod en andere maatregelen ter bestrijding van VGV?'
  - 6.3.4 'Welke belemmerende en bevorderende factoren voor verandering bestaan er onder Somalische vrouwen in Tilburg?'
- 6.4 Aandachtspunten voor de toekomst
  - 6.4.1 Algemene aandachtspunten
  - 6.4.2 Aandachtspunten professionals
  - 6.4.3 Aandachtspunten risicogroepen

## Referentielijst

## Bijlagen

- I Vragenlijst gynaecologen, huisartsen, verloskundigen
- II Vragenlijst JGZ-artsen/verpleegkundigen GGD/MOA, overige organisaties
- III Vragenlijst leerkrachten basisscholen
- IV Brief professionals
- V Brief scholen
- VI Vragenlijst focusgroepinterviews VGV Tilburg
- VII Draaiboek focusgroepinterviews Vrouwelijke Genitale Verminking
- VIII Thematisch raamwerk voor analyse van de focusgroepinterviews
- IX Verslag van gesprek met getrainde sleutelfiguren VGV, Stichting Pharos

## Dankwoord

Voor het onderzoek was slechts zeer beperkt tijd beschikbaar. Dat het onderzoek toch waardevolle informatie heeft opgeleverd is mede te danken aan de snelle respons van degenen die gevraagd zijn om een vragenlijst in te vullen, en de deelnemers aan de verschillende focusgroepen. De onderzoekers willen hen hiervoor dan ook hartelijk danken.

Daarnaast willen wij Anke van der Kwaak (Koninklijk Instituut voor de Tropen), Annemiek Richters (Universiteit Leiden), Mulki Hassan Mohamed (MOA Zuid-Holland/Utrecht) en Marcel van der Wal (GG&GD Amsterdam) bedanken voor hun waardevolle bijdragen aan de opzet van het onderzoek.

Amsterdam/Tilburg, maart 2005

Merlijn Kramer  
Paula Dijkema  
Iety Joris  
Pauline Tichelman  
Arnoud Verhoeff

# Samenvatting

## Inleiding

Naar aanleiding van de aanbevelingen in het rapport 'strategieën ter voorkoming van meisjesbesnijdenis' (Van der Kwaak et al, 2003) besloot het kabinet in april 2004 om de problematiek van vrouwelijke genitale verminking (VGV) aan te pakken met als doel om VGV in Nederland te bestrijden. Het kabinet heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verzocht een speciale commissie 'bestrijding vrouwelijke genitale verminking' in te stellen. Deze commissie heeft de opdracht om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor een effectief controlesysteem én het effectief signaleren, opsporen en handhaven. Ook is de commissie opdracht verleend om onderzoek te verrichten naar de aard en omvang van de problematiek in Nederland en aan te geven hoe een registratiesysteem opgezet zou kunnen worden. Daarnaast zullen de resultaten gebruikt worden voor gerichte inzet van preventie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000).

Voor het onderzoek naar de omvang van de problematiek zijn de gemeente Amsterdam (GG&GD Amsterdam) en de gemeente Tilburg (GGD Hart voor Brabant) verzocht een beperkt onderzoek te verrichten naar de aard en omvang van VGV onder in Nederland woonachtige meisjes en vrouwen in twee steden met concentraties van immigranten uit landen waar VGV gepraktiseerd wordt, te weten Amsterdam en Tilburg. Daarbij is besloten om enerzijds de risicogroepen te benaderen en anderzijds de betrokken zorg- en dienstverleners, intermediairen, andere professionals en derden.

## Doelstelling onderzoek

Het doel van het onderzoek is:

- 1) a) Inzicht krijgen in de omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg. Daarbij gaat het vooral om incidentie (het aantal meisjes dat besneden wordt) en om de prevalentie (het aantal meisjes/vrouwen dat besneden is).  
b) Inzicht krijgen in de kennis en de voorlichtingsbehoeften van de betrokken zorgverleners en andere professionals over VGV in de betreffende regio's.
- 2) Inzicht krijgen in de attitude van de Somalische bevolkingsgroep ten opzichte van besnijdenis, het verbod erop en de barrières tot verandering.

## Gegevensverzameling en respons

Om meer inzicht te krijgen in de omvang van VGV en de kennis van de betrokken zorgverleners en andere professionals in Amsterdam en Tilburg, is een schriftelijke enquête gehouden onder (huis)artsen, JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen van GG&GD Amsterdam en GGD Hart voor Brabant (uitsluitend Tilburg), verloskundigen, gynaecologen, medewerkers buurtcentra/buurtregisseurs en leerkrachten van basisscholen. Tevens zijn alle JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en MOA Brabant en Zeeland benaderd met deze schriftelijke enquête. In Amsterdam en Tilburg zijn ook enkele andere organisaties aangeschreven.

In Amsterdam zijn in totaal 807 professionals/organisaties/scholen aangeschreven. Specifiek per groep zijn aangeschreven: 35 artsen en 25 verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar), 454 huisartsen, 74 gynaecologen, 107 verloskundigen, 15 buurtregisseurs, 26 scholen, 6 jeugdartsen, 13 jeugdverpleegkundigen en 28 praktijkverpleegkundigen van Stichting Medische Opvang Asielzoekers/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en 24 andere artsen/overige organisaties.

In Tilburg zijn in totaal 173 professionals/organisaties/scholen aangeschreven. Specifiek per groep zijn aangeschreven: 5 artsen en 8 verpleegkundigen werkzaam in de

jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar), 53 huisartsen, 16 gynaecologen, 16 verloskundigen, 18 buurthuizen, 26 scholen, 4 jeugdartsen, 15 jeugdverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van 9 centra van Medische Opvang Asielzoekers Brabant en Zeeland en 3 overige organisaties.

De respons op de vragenlijst was gemiddeld 55%.

Via een drietal lokale organisaties in Tilburg zijn drie groepen Somalische vrouwen uitgenodigd voor groepsinterviews. Doel hiervan was te achterhalen wat hun kennis is over de aard en omvang van VGV in hun bevolkingsgroep, welke houding (attitude) zij hebben ten aanzien van VGV en het in Nederland geldende verbod erop, en welke belemmerende en bevorderende factoren er bestaan over verandering. Er zijn drie focusgroepinterviews uitgevoerd met in totaal 38 deelnemers.

## **Resultaten en conclusies**

Met dit onderzoek kan geen sluitend antwoord worden gegeven op de vraag wat de precieze omvang is van VGV in Nederland. Dit onderzoek richt zich vooral op professionals en niet op de risicogroepen zelf.

### **Confrontatie professionals met VGV**

Van de artsen die ooit zijn geconfronteerd met VGV is een groot deel ook in de afgelopen 12 maanden geconfronteerd met VGV. Voor gynaecologen, huisartsen, verloskundigen en andere artsen (waaronder bijvoorbeeld urologen) ligt dit percentage rond de 80%, onder JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen MOA ligt dit percentage lager, rond de 50%. Artsen kunnen dus een goede signaleringsfunctie uitvoeren met betrekking tot het zien van gevallen van VGV. Tien respondenten geven aan bij één of meerdere meisjes geconfronteerd te zijn met VGV, uitgevoerd na vestiging in Nederland, in de afgelopen 12 maanden.

Leerkrachten, directie en ondersteunend personeel van basisscholen, medewerkers van buurtcentra en buurtregisseurs zijn in de afgelopen 12 maanden bijna nooit geconfronteerd met VGV. Toch kunnen zij ook een signaleringsfunctie hebben, die echter meer gericht is op vermoedens welke nader moeten worden bekeken door bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon of een JGZ-arts of verpleegkundige.

### **Confrontatie professionals met complicaties van VGV**

Huisartsen en gynaecologen worden voornamelijk geconfronteerd met complicaties als gevolg van VGV. Dit gaat om ongeveer 20% van de huisartsen en gynaecologen die ooit zijn geconfronteerd met een geval van VGV. Van de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen MOA worden alleen laatstgenoemden geconfronteerd met complicaties als gevolg van VGV. Het gaat daarbij ook om ongeveer 20% van degenen die ooit zijn geconfronteerd met een geval van VGV.

### **Kennis en bespreekbaar maken van VGV professionals**

De beroepsbeoefenaren menen een gemiddelde kennis te hebben inzake VGV. De meeste beroepsgroepen beschouwen deze kennis echter als onvoldoende voor het bespreken van VGV met vrouwen/moeders uit de risicogroepen.

Bij de beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld leerkrachten) die aangeven dat hun kennis van VGV onvoldoende is, wordt mogelijke VGV niet besproken met moeders van meisjes uit risicolanden. Dit geldt ook voor het merendeel van de artsen en andere professionals, met enkele uitzonderingen onder JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen MOA.

Met uitzondering van de meeste leerkrachten, directie en ondersteunend personeel van basisscholen, buurtregisseurs en enkele medewerkers van overige organisaties, zien de beroepsbeoefenaren het als hun taak om VGV te bespreken met patiënten/vrouwen.

### **Omvang VGV volgens Somalische vrouwen**

Op grond van de uitspraken van de vrouwen valt niet uit te sluiten dat VGV onder Somaliërs in Nederland nu voorkomt en over tien jaar nog zal voorkomen. De faraonische besnijdenis zou (misschien) nog in landen buiten Europa plaatsvinden, terwijl de (kleine) soenna besnijdenis behalve in het buitenland misschien ook in Nederland wordt uitgevoerd. Of het hierbij alleen gaat om een prikje of sneetje in de clitoris of ook om verdergaande vormen van besnijdenis is niet geheel duidelijk. De leeftijd waarop VGV kan plaatsvinden varieert tussen nul en ouder dan 13 jaar. Dit betekent dat meisjes een langere periode dan vroeger in Somalië 'at risk' zijn. Hiermee dient rekening te worden gehouden bij het nader invullen van beleid gericht op bestrijding van VGV.

### **Attitude Somalische vrouwen ten aanzien van VGV**

Alle vrouwen zijn tegen de faraonische besnijdenis. Ook zijn ze ervan overtuigd dat deze vorm van besnijdenis volgens hun religie niet mag. Over de soenna besnijdenis hebben de vrouwen verschillende meningen. Vanuit de religie wordt geen eenduidige boodschap verspreid over VGV: sommige imams zeggen dat meisjes beter niet besneden kunnen worden en andere imams zeggen van wel. De geloofsovertuiging is vaak doorslaggevend bij de mening van mensen ten aanzien van besnijdenis en hun wens om hun dochter te laten besnijden. Opvattingen over de zin van soenna besnijdenis met het oog op maagdelijkheid en controle op seksualiteit en de ernst ervan lijken ook van invloed. Het Nederlandse verbod op besnijdenis lijkt geen of weinig invloed te hebben op de mening van de vrouwen. Sommige vrouwen geven aan dat de wens en druk van familieleden in Somalië ook op dit moment een reden kan zijn voor de wens van Somalische ouders in Nederland om hun dochter te laten besnijden. De mening en wens van mannen en vaders lijkt een relatief geringe invloed te hebben.

Bij sommige vrouwen is de mening ten aanzien van VGV veranderd sinds hun komst naar Nederland. Bij andere vrouwen is het veranderingsproces al in Somalië ingezet. De eigen ervaring met VGV, voorlichting over VGV en het verbod erop, religieuze verdieping en de ontstane discussie onder de bevolkingsgroep in Nederland en nu ook in Somalië zijn op het veranderingsproces van invloed.

### **Attitude van Somalische vrouwen in Tilburg ten aanzien van het verbod en andere maatregelen ter bestrijding van VGV**

De vrouwen vinden het goed dat er in Nederland een verbod bestaat op de faraonische besnijdenis. Wat betreft de soenna besnijdenis verschillen de meningen. In plaats van een (totaal) verbod op besnijdenis pleit een aantal vrouwen voor een werkwijze waarbij, met respect voor de cultuur en hun religie, voorlichting wordt gegeven en gevraagd wordt om bepaalde gewoonten, waaronder meisjesbesnijdenis, te stoppen.

Vrijwel alle vrouwen zijn tegen een verplichte controle op meisjesbesnijdenis. Ook de mogelijkheid van verplichte controle via de huisarts of JGZ-arts wordt afgewezen.

Voorlichting lijkt het meest geschikte instrument om gedragsverandering ten aanzien van VGV te bereiken. Alle vrouwen vinden dat voorlichting heel belangrijk is en moet voortduren. Volgens de vrouwen moet de voorlichting gericht zijn op de moeders, dochters, vaders en (ongehuwde) mannen. Getrainde imams kunnen volgens de vrouwen een belangrijke rol spelen in de voorlichting want de religie vormt voor veel ouders een belangrijke reden om hun dochters soenna te (willen) laten besnijden. Voorlichting in openbare settings zou vermeden moeten worden omdat dat stigmatiserend werkt.

Onder de vrouwen heerst veel onvrede over de manier waarop politici en de media het onderwerp meisjesbesnijdenis behandelen. Zij ervaren het als kwetsend, voelen zich gestigmatiseerd en schamen zich. Ze vragen respect, gerichte voorlichting voor de doelgroep en minder aandacht in het openbaar.

## **Aandachtspunten voor de toekomst**

### **Algemene aandachtspunten**

- Om nader inzicht te krijgen in het aantal meisjes dat besneden is, zal een kostbaar en tijdrovend bevolkingsonderzoek moeten worden uitgevoerd onder de risicogroepen waarin enkele vragen omtrent VGV kunnen worden opgenomen. Gezien de incidentie van VGV na vestiging in Nederland die uit onderhavig onderzoek naar voren lijkt te komen, is het echter zeer de vraag of een dergelijk bevolkingsonderzoek aanvullende informatie zal opleveren, relevant voor preventie en handhaving. Daarnaast is het ook de vraag of een dergelijk onderzoek meer valide resultaten op zal leveren, gezien het verbod op VGV en daarmee de grote kans op sociaal wenselijke antwoorden. Hulpverleners kunnen binnen de vertrouwelijke setting van een spreekkamer wel beter inzicht verkrijgen in de omvang van VGV.
- Van de invoering van verplichte controle op VGV onder risicogroepen lijkt gezien het perspectief van de onderzochte bevolkingsgroepen niet veel verwacht te kunnen worden. Het kan wellicht eerder een negatief effect hebben: meer stigmatisering, meer schaamte en minder medewerking aan de bestrijding van VGV en mogelijk nadelige gevolgen voor de preventieve en curatieve gezondheidszorg aan meisjes uit deze groepen. Het lijkt wel bespreekbaar als onderdeel van een algemeen lichamenlijk onderzoek voor *alle* kinderen bij de school- of consultatiearts.
- De leeftijd waarop VGV onder Somalische meisjes kan plaatsvinden varieert tussen nul en ouder dan 13 jaar. Dit betekent dat meisjes een langere periode dan vroeger in Somalië 'at risk' zijn. Hiermee zal rekening gehouden dienen te worden bij het nader invullen van beleid gericht op bestrijding van VGV.
- Vanuit de doelgroep wordt benadrukt dat het onderwerp VGV met respect besproken en behandeld dient te worden, zowel in de politiek als in de media. Een terughoudende houding van de media wordt met name gevraagd om verdere stigmatisering te voorkomen.

### **Aandachtspunten professionals**

- Er is wel inzicht verkregen over de kennis onder de betrokken beroepsgroepen met betrekking tot VGV. Ook geven deze beroepsgroepen aan, met uitzondering van de (de meeste) leerkrachten, buurtregisseurs en buurtcentra, dat zij het bespreken van VGV met patiënten/cliënten als een taak van hun beroepsgroep vinden. Op basis hiervan verdient het aanbeveling om het opleidingsprogramma aan te passen, en zorgverleners en leerkrachten die regelmatig in contact komen met de risicogroepen nascholing aan te bieden, zodat zij daadwerkelijk voldoende toegerust zijn om VGV te kunnen signaleren en bespreekbaar te maken. Overigens zijn hiertoe reeds aanzetten gedaan door een werkgroep met vertegenwoordigers van stichtingen MOA, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Pharos en GGD Nederland.
- Ondanks dat de meeste leerkrachten het bespreken van VGV met moeders uit risicolanden niet als een taak zien van hun beroepsgroep, kunnen leerkrachten wel een signaleringsfunctie hebben. Zij zouden vermoedens van VGV door kunnen geven aan de JGZ. De JGZ-verpleegkundige participeert vanuit haar preventieve rol onder meer in het signaleringsnetwerk. De JGZ-verpleegkundige is dan ook de aangewezen persoon om het risico al in een vroeg stadium te herkennen. Het bespreekbaar maken en signaleren van VGV kan worden opgenomen binnen het takenpakket van de JGZ-verpleegkundige.



Hiervoor dient dan een protocol opgesteld te worden. De hierboven vermelde werkgroep werkt hier al aan.

### **Aandachtspunten risicogroepen**

- Voorlichting lijkt het meest geschikte instrument om de kennis, houding, intentie en gedrag ten aanzien van VGV onder de risicogroepen te veranderen. Hierbij passen de volgende aandachtspunten:
  - Voorlichting aan ouders, met name moeders, én meisjes zou bij voorkeur in besloten settings moeten plaatsvinden, omdat voorlichting in bijvoorbeeld de klas stigmatiserend werkt.
  - Religie zou een belangrijke plaats moeten krijgen in de voorlichting. De inhoud van de voorlichting dient zich onder andere te richten op de interpretatie van de geloofsvoorschriften. De potentiële rol van imams lijkt groot mits deze getraind worden en bereid gevonden worden één standpunt uit te dragen, op grond van de religieuze overwegingen én het in Nederland geldende verbod. Zij zouden dan ook ingeschakeld kunnen worden in de voorlichting aan vrouwen en meisjes en anderen binnen de risicogroepen.
  - De voorlichting dient afgestemd te worden op de religieuze, sociaal-culturele en andere factoren die een rol kunnen spelen bij de vorming van kennis, houding, intentie en gedrag ten aanzien van VGV. Zo zal bijvoorbeeld ook aandacht kunnen uitgaan naar de ervaren druk van familie in Somalië, hoe ouders daarmee kunnen om gaan en deze kunnen weerstaan. Voor nog niet nader onderzochte bevolkingsgroepen kan voorafgaand aan en tijdens de voorlichting worden nagegaan welke andere factoren van belang zijn. De voorlichting kan dan op deze 'nieuwe' factoren worden aangepast.
  - Onderwerpen die gerelateerd zijn aan VGV, maar voor veel vrouwen nog in de taboesfeer of onbekendheid liggen, zoals seksualiteit en lichamelijke integriteit, dienen aan bod te komen. De kennis hierover kan bijdragen aan het bestrijden van argumenten vóór besnijdenis, zoals bescherming van maagdelijkheid, controle op seksualiteit en hygiëne.
  - In de voorlichting dient het verbod op VGV nader te worden uitgelegd. Er kan ingegaan worden op vragen en twijfels, zoals: Waarom is soenna besnijdenis ook kindermishandeling? Waarom is jongensbesnijdenis wel toegestaan? Waarom (en wanneer) is piercing toegestaan?

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In oktober 2003 heeft een onderzoeksteam van de VU, in samenwerking met Defence for Children, in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid het rapport 'strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes' uitgebracht (Van der Kwaak et al., 2003). Eind april 2004 heeft het kabinet zijn standpunt op dit rapport bepaald. Het kabinet onderschrijft de aanbevelingen van het onderzoek. Deze zijn gericht op het krijgen van inzicht in de omvang van de problematiek, het uitbreiden van de voorlichtingsactiviteiten naar een bredere groep migranten, met speciale aandacht voor de jongeren, en deskundigheidsbevordering van beroepsgroepen, zoals huisartsen, kinderartsen, gynaecologen, verloskundigen en medewerkers van Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Tevens zal het vereiste van dubbele strafbaarheid<sup>1</sup> bij vrouwelijke genitale verminking (VGV) komen te vervallen en zullen de activiteiten van de organisaties die zich bezighouden met dit onderwerp gecoördineerd moeten worden. Het kabinet heeft dan ook besloten op korte termijn de problematiek steviger en breder aan te pakken en stelt zich daarbij tot doel om VGV in Nederland te bestrijden.

Om dit te bereiken wil het kabinet beleid maken gericht op diverse migrantengroepen uit landen waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd en wil zij meer preventieve en repressieve maatregelen nemen. Hiervoor was aanvullend onderzoek gewenst naar de aard en de omvang van het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking in Nederland. Het kabinet heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verzocht een speciale commissie 'bestrijding vrouwelijke genitale verminking' in te stellen. De commissie heeft de opdracht om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor een effectief controlesysteem én het effectief signaleren, opsporen en handhaven. Ook is de commissie opdracht verleend om onderzoek te verrichten naar de omvang van de problematiek in Nederland en aan te geven hoe een registratiesysteem opgezet zou kunnen worden. Daarnaast zullen de resultaten gebruikt worden voor gerichte inzet van preventie (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2000).

Voor het onderzoek naar de omvang van de problematiek heeft de commissie besloten een beperkt onderzoek te laten verrichten naar de aard en omvang van VGV onder in Nederland woonachtige meisjes en vrouwen in twee steden met concentraties van immigranten uit landen waar VGV gepraktiseerd wordt, te weten Amsterdam en Tilburg. Zodoende zijn de gemeente Amsterdam (GG&GD Amsterdam) en de gemeente Tilburg (GGD Hart voor Brabant) verzocht dit onderzoek uit te voeren. Daarbij is besloten om enerzijds de risicogroepen te benaderen en anderzijds de betrokken zorg- en dienstverleners, intermediairen, andere professionals en derden.

In navolging van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal in dit rapport de term vrouwelijke genitale verminking (VGV) in plaats van vrouwen- en meisjesbesnijdenis worden gehanteerd. Met deze term wordt duidelijk aangegeven dat het gaat om een schadelijke handeling. In de beschrijving van de resultaten van het onderzoek onder de Somalische bevolkingsgroep in Tilburg wordt de term meisjesbesnijdenis echter wel gehanteerd, omdat dit de term is die de onderzoeksgroep zelf hanteert.

---

<sup>1</sup> Het principe van dubbele strafbaarstelling houdt in dat een persoon die een strafbaar feit heeft gepleegd in het buitenland enkel vervolgd kan worden in eigen land indien dit feit ook in het land waar dit is gepleegd, strafbaar is gesteld.

## 1.2 Doel- en vraagstellingen

Het doel van het onderzoek is:

- 1) a) Inzicht krijgen in de omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg. Daarbij gaat het vooral om incidentie (het aantal meisjes dat besneden wordt) en om de prevalentie (het aantal meisjes/vrouwen dat besneden is).  
b) Inzicht krijgen in de kennis en de voorlichtingsbehoeften van de betrokken zorgverleners en andere professionals in de betreffende regio's.
- 2) Inzicht krijgen in de attitude van de Somalische bevolkingsgroep ten opzichte van VGV, het verbod erop en de barrières tot verandering.

Specifieke vraagstellingen hierbij zijn:

- 1) a) Wat is de geschatte omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg volgens professionals?  
Hoeveel beroepsbeoefenaren en professionals zijn in de afgelopen 12 maanden in aanraking gekomen met gevallen van VGV?  
Hoeveel beroepsbeoefenaren zijn in de afgelopen 12 maanden in aanraking gekomen met complicaties als gevolg van besnijdenis van meisjes of vrouwen?  
b) Wat is de aanwezige kennis van de beroepsbeoefenaren met betrekking tot VGV? Bespreken de beroepsbeoefenaren VGV met patiënten/vrouwen? Zien beroepsbeoefenaren het als hun taak om VGV te bespreken met patiënten/vrouwen?
- 2) a) Hoe vaak komt, volgens Somalische vrouwen in Tilburg, VGV voor onder de eigen bevolkingsgroep? Welke vormen worden toegepast, op welke leeftijd en waar?  
b) Wat is de houding (attitude) van Somalische vrouwen in Tilburg ten aanzien van VGV?  
c) Wat is de houding (attitude) van Somalische vrouwen in Tilburg ten aanzien van het verbod en andere maatregelen ter bestrijding van VGV?  
d) Welke belemmerende en bevorderende factoren voor verandering bestaan er onder Somalische vrouwen in Tilburg?

## 1.3 Opzet rapport

In dit rapport wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en wat de uitkomsten hiervan zijn. In het tweede hoofdstuk wordt kort de achtergrond van VGV beschreven. Hoofdstuk 3 gaat in op de methoden van het uitgevoerde onderzoek. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen het kwantitatieve (doelstelling 1) en kwalitatieve deel (doelstelling 2) van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 de methoden van onderzoek en de resultaten bediscussieerd. Tenslotte worden in hoofdstuk 6 de conclusies en aanbevelingen gepresenteerd.

Benadrukt moet worden dat dit onderzoek een verdieping is van de bestaande kennis over de aard en omvang van VGV. Gezien de beperkte tijd waarin het onderzoek moest worden uitgevoerd en het niet bekend is of de respondenten een representatieve afspiegeling vormen van de aangeschreven onderzoeksgroep, zijn de resultaten niet uitputtend.

## 2. Historische en sociaal-culturele achtergronden van VGV

In dit hoofdstuk zullen de achtergronden van VGV worden besproken. Kort zal worden ingegaan op de definitie van VGV. De verschillende vormen van VGV komen aan de orde, de ontstaansgeschiedenis en de sociaal-culturele achtergronden.

### 2.1. Definitie

Vrouwelijke genitale verminking, in het Engels female genital mutilation, wordt door de WHO omschreven als: 'Het deels of compleet verwijderen van het vrouwelijke geslachtsdeel alsmede elke verwonding aan het vrouwelijk geslachtsdeel om culturele, religieuze of andere niet-therapeutische redenen' (World Health Organization, 2000).

Er zijn verschillende vormen van VGV, variërend van een prikje of sneetje in de voorhuid van de clitoris (incisie) tot het (gedeeltelijk) weghalen, en soms daarna aaneenhechten van de schaamlippen (infibulatie).

De WHO classificatie onderscheidt een viertal typen van vrouwenbesnijdenis:

- |          |   |
|----------|---|
| Type I   | Excisie van de voorhuid, met of zonder gedeeltelijke of gehele excisie van de clitoris.   |
| Type II  | Excisie van de clitoris met gedeeltelijke of gehele excisie van de labia minora.  |
| Type III | Excisie van de volledige genitaliën en het dichtnaaien of vernauwen van de vagina. Deze vorm wordt ook wel aangeduid met infibulatie of faraonische besnijdenis.  |
| Type IV  | -Het weghalen van weefsel rond de vaginale opening (angurya cuts) of het snijden van de vagina (gishiri cuts).<br>-Het prikken, snijden of piercen van de clitoris en/of labia; het uittrekken van de clitoris en/of labia; het wegbranden van de clitoris en omliggend weefsel.<br>-Het inbrengen van corroderende substanties of kruiden in de vagina om bloedingen te veroorzaken (World Health Organization, 2000). |

### 2.2. Ontstaansgeschiedenis en sociaal-culturele achtergronden

Het aantal besneden vrouwen en meisjes wordt wereldwijd geschat op 80 tot 140 miljoen. VGV komt voor onder verschillende sociaal-economische klassen en onder verschillende etnische en culturele groepen. Het komt voor in 26 Afrikaanse landen, onder andere Somalië, Soedan, Ethiopië, Eritrea, Egypte, Ghana en bij bevolkingsgroepen in een aantal landen in het Nabije Oosten en Azië (World Health Organization, 2000; Toubia, 1994).

Vrouwelijke genitale verminking is sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw bekend geworden in Nederland met de komst van Somaliërs. Maar ook andere bevolkingsgroepen die in Nederland gevestigd zijn passen vrouwelijke genitale verminking toe. Deze migrantengroepen komen hoofdzakelijk uit Afrika, met name uit Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan, Kenia, Sierra Leone en Gambia. De vorm waarin meisjes worden besneden verschilt sterk, per regio, land en etnische groep (Pharos, 2000).

Meisjes worden besneden om verschillende redenen, die met name te maken hebben met opvattingen, waarden en normen over fatsoen rond maagdelijkheid, kuisheid en reinheid. Het geeft een meisje status in de gemeenschap en veel vrouwen zien de ingreep als iets vanzelfsprekends. Iedereen is immers besneden. De vrouwelijke familieleden spelen een belangrijke rol bij de instandhouding van de traditie. Mannen hebben een andere rol in het gezin, zij zijn er vaak op tegen, al bleek uit een Britse studie uit 2003 onder jonge,

alleenstaande Somaliërs het tegendeel, 18% van de vrouwelijke tegen 43% van de mannelijke respondenten had de intentie mogelijke dochters te laten besnijden (Zandt & Volbeda, 2004; Morison et al., 2004).

De herkomst van VGV is niet duidelijk. Het is een pre-christelijk en pre-islamitisch gebruik, waarvan de verspreiding waarschijnlijk plaatsvond via handelsroutes vanuit Egypte naar Afrika en Azië. Zo werd besnijdenis een onderdeel van de islamitische traditie, maar ook bij Christenen, Moslims, Joden, en uiteenlopende inheemse Afrikaanse religies wordt het gebruik toegepast (World Health Organization, 2000; Toubia, 1994; Pharos, 2000).

VGV vindt meestal plaats bij jonge meisjes tussen 4 en 14 jaar; de exacte leeftijd verschilt per land (Van der Kwaak et al., 2003; Toubia, 1994; Anonymous, 1995). De ingreep gebeurt vaak tijdens schoolvakanties, zodat de meisjes kunnen herstellen. Over uitvoering in Nederland bestaan geen harde gegevens. Er bestaat een vermoeden dat families meisjes naar het buitenland sturen om de ingreep te laten uitvoeren (Van der Kwaak et al., 2003; Pharos, 2000).

### **2.3. Omvang van de problematiek wereldwijd**

De prevalentie van VGV in verschillende landen loopt uiteen. Uit onderzoek in 1988 in Nigeria onder 600 respondenten uit een semi-urbane stad bleek meer dan de helft (53,2%) van de respondenten besneden te zijn (Ugboma et al., 2004). In Kenia is in 1991 een survey gehouden onder 1365 14-jarige meisjes. Van hen gaf 90% aan besneden te zijn. Uit een gezondheidsenquête in Soedan in 1990 kwam naar voren dat 89% van de 5860 ondervraagde vrouwen (15-49 jaar) besneden was (Anonymous, 1995).

In een studie uit 1998 onder 304 Afrikaanse vrouwen woonachtig in Zweden bleek op basis van de vragenlijst 68% van de vrouwen besneden te zijn (Kangoum et al., 2004). In een studie in Londen in 2003 gaf 70% van de 94 jonge (16-22 jaar), alleenstaande Somalische vrouwen aan besneden te zijn (Morison et al., 2004). Uit een Italiaanse studie in 2002 onder 438 doktoren en verloskundigen, bleek dat 60% van de respondenten tenminste één besneden vrouw had gezien tijdens hun loopbaan (Turone, 2004). In een enquête onder 1162 Zwitserse gynaecologen gaf 20% aan wel eens geconfronteerd te zijn met patiënten die besneden zijn. Het aantal meisjes at risk en vrouwen die besneden zijn, wordt in Zwitserland geschat op 6700. Meer dan een derde van hen is van Somalische afkomst (Jäger et al., 2002).

Tot op heden zijn er geen precieze aantallen van VGV in Nederland bekend. Zo nu en dan zijn er vermoedens dat een besnijdenis zal plaatsvinden of heeft plaatsgevonden. Enkele van deze worden beschreven in het VU-rapport (Van der Kwaak et al., 2003).

Aangenomen wordt dat het percentage vrouwen in Nederland ouder dan 16 jaar dat genitaal verminkt is het percentage in het land van herkomst benadert (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2004). Onbekend is hoeveel meisjes van onder de 16 jaar die in Nederland wonen, genitaal zijn verminkt.

### **2.4 Verbod**

De Nederlandse regering heeft, evenals een aantal andere Europese landen, alle vormen van VGV verboden. Het kabinet wil VGV steviger aanpakken met als doel dit gebruik uit te bannen in Nederland. Dit sluit aan bij het advies van de WHO. Om dit te bereiken is de betrokkenheid van gemeenten en van de zorg-, de hulpverlenings- en onderwijssector nodig.

### **3. Opzet onderzoek**

Om de doelstellingen van het onderzoek te bereiken zijn de volgende twee sporen van gegevensverzameling gevolgd. Onder zorg- en dienstverleners en leerkrachten van basisscholen in Amsterdam en Tilburg is een schriftelijke enquête afgenomen. Daarnaast zijn drie groepen Somalische vrouwen in Tilburg geïnterviewd. Per spoor zullen hieronder de onderzoeksmethoden nader worden toegelicht. Aanvullend is in bijlage IX een verslag toegevoegd van een gesprek onder Somalische getrainde sleutelfiguren over VGV, uitgevoerd door Stichting Pharos.

#### **3.1 Onderzoek onder zorg- en dienstverleners en leerkrachten van basisscholen**

Om meer inzicht te krijgen in de omvang van VGV en de kennis van de betrokken zorgverleners en andere professionals in Amsterdam en Tilburg, is besloten een schriftelijke enquête te houden onder huisartsen, JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen van GG&GD Amsterdam en GGD Hart voor Brabant (uitsluitend Tilburg) verloskundigen, gynaecologen, medewerkers buurtcentra/buurtregisseurs en leerkrachten van basisscholen. Tevens zijn alle JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en MOA Brabant en Zeeland benaderd met deze schriftelijke enquête. In Amsterdam en Tilburg zijn ook enkele andere organisaties aangeschreven. In Tilburg betreft het medewerkers van Vluchtelingenwerk, Centrum Buitenlandse Vrouwen (CBV), Stichting Experimenten Werkgelegenheid (SEW) en Stichting Nieuwkomers. In Amsterdam betreft het medewerkers van Vluchtelingenwerk, African Women Perspective (AWP) en Amsterdam Centrum voor Seksuele Gezondheid (ACSG). In Amsterdam zijn in de ziekenhuizen naast gynaecologen ook urologen en kinderchirurgen benaderd met een schriftelijke enquête, zij zullen in het rapport samen met artsen van het ACSG worden aangeduid als 'andere artsen'.

Medewerkers van Stichting Vluchtelingenwerk, CBV, SEW en Stichting Nieuwkomers zullen in het rapport worden aangeduid als 'medewerkers van overige organisaties'.

##### **3.1.1 Vragenlijsten**

Drie vragenlijsten zijn ontwikkeld: één voor (huis)artsen, verloskundigen en gynaecologen, één voor leerkrachten van basisscholen en een vragenlijst voor JGZ-artsen/verpleegkundigen en andere artsen/ overige organisaties. De vragenlijsten zijn opgebouwd uit vragen omtrent de omvang van VGV, eigen ervaringen met besneden meisjes/vrouwen en kennis van VGV (zie bijlage I-III).

Met betrekking tot de 'omvang' wordt aan de respondent gevraagd om 1) een schatting te maken van het percentage besneden meisjes/vrouwen in Amsterdam en Tilburg uitgesplitst naar risicoland, 2) aan te geven of het percentage besneden meisjes uit risicolanden is toe- of afgenomen en 3) aan te geven hoeveel procent van de besneden meisjes/vrouwen in Amsterdam en Tilburg na vestiging in Nederland is besneden.

In het onderdeel 'eigen ervaring' wordt gevraagd hoeveel besneden meisjes/vrouwen en/of complicaties ten gevolge van VGV de respondent in de afgelopen 12 maanden op het spreekuur/op school heeft gezien. Tevens wordt gevraagd of het aantal besneden meisjes/vrouwen waarmee de respondent is geconfronteerd is toe- of afgenomen, uit welke landen de meisjes afkomstig zijn en welke vormen van VGV de respondent is tegengekomen.

In het onderdeel 'kennis' wordt de respondent gevraagd zijn kennis over VGV te omschrijven. De daaropvolgende vragen gaan in op de vraag of 1) de respondent vindt dat hij/zij voldoende kennis bezit om VGV te bespreken met de risicogroep, 2) de respondent met een zwangere vrouw of een moeder van een meisje bespreekt of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden en 3) de respondent het bespreken van VGV als taak voor zijn/haar beroepsgroep ziet.

De vragenlijst voor leerkrachten van basisscholen bestaat uit 15 vragen, de vragenlijsten voor zorg- en andere dienstverleners bestaan uit 17 vragen. Voor de antwoordcategorieën is gekozen voor overwegend meerkeuzevragen om het invullen te vergemakkelijken en de benodigde tijd te verkorten. Slechts enkele vragen omtrent omvang en eigen ervaring zijn open vragen. Aan het einde van iedere vragenlijst was ruimte om aanvullende opmerkingen te plaatsen. Voor het opstellen van de vragenlijsten is gebruik gemaakt van twee bestaande vragenlijsten welke waren opgesteld voor het afnemen van interviews bij JGZ-medewerkers en ziekenhuisartsen (Eerenberg, 2004; Zwaan, 2004).

### **3.1.2 Onderzoekspopulatie**

In Amsterdam zijn in totaal 807 professionals/organisaties/scholen aangeschreven. Specifiek per groep zijn aangeschreven: 35 artsen en 25 verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar), 454 huisartsen, 74 gynaecologen, 107 verloskundigen, 15 buurtregisseurs, 26 scholen, 6 jeugdartsen, 13 jeugdverpleegkundigen en 28 praktijkverpleegkundigen van Stichting Medische Opvang Asielzoekers/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en 24 andere artsen/overige organisaties.

In Tilburg zijn in totaal 173 professionals/organisaties/scholen aangeschreven. Specifiek per groep zijn aangeschreven: 5 artsen en 8 verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar), 53 huisartsen, 16 gynaecologen, 16 verloskundigen, 18 buurthuizen, 26 scholen, 4 jeugdartsen, 15 jeugdverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van 9 centra van Medische Opvang Asielzoekers Brabant en Zeeland en 3 overige organisaties.

Van basisscholen, buurthuizen en buurtregisseurs is een selectie gemaakt op basis van de spreiding van de betreffende bevolkingsgroepen in Amsterdam en Tilburg. Voor Amsterdam zijn deze cijfers opgevraagd bij de Dienst Onderzoek en Statistiek Amsterdam. Voor Tilburg zijn gegevens van de gemeentelijke website (Stadsmonitor) gebruikt.

Met de scholen is van tevoren telefonisch contact opgenomen met de vraag of ze mee wilde werken aan het onderzoek en of zij een ruwe schatting konden geven van het aantal vragenlijsten dat toegezonden kon worden. Alle andere zorg- en dienstverleners ontvingen een vragenlijst met een begeleidende brief, waarin de achtergrond en het doel van het onderzoek beschreven stonden (zie bijlage IV-V). Een aantal van de professionals en organisaties is vooraf telefonisch of per e-mail geïnformeerd over de enquête.

De aangeschreven professionals/organisaties/scholen konden de vragenlijst binnen twee weken terugsturen met behulp van een retourenvelop. De retourenvolpen hadden elk een uniek nummer gekregen dat correspondeerde met het adres waaraan de vragenlijst verzonden was. Zodoende kon de respons worden bijgehouden.

Na het verstrijken van de uiterste inzenddatum is een herinneringsbrief verstuurd aan iedereen, waarin het verzoek werd gedaan om de vragenlijst alsnog in te vullen en terug te sturen, mocht dat nog niet zijn gebeurd.

### **3.1.3. Analyse gegevens**

Alle ingevulde vragenlijsten zijn ingevoerd in Access. Met behulp van SPSS zijn frequentietabellen gemaakt met daarin de absolute aantallen en percentages van de antwoorden op de vragen.

## **3.2 Onderzoek onder Somalische vrouwen in Tilburg**

Via een drietal lokale organisaties in Tilburg zijn drie groepen Somalische vrouwen uitgenodigd voor groepsinterviews. Doel hiervan was te achterhalen wat hun kennis is over de aard en omvang van VGV in hun bevolkingsgroep, welke houding (attitude) zij hebben ten aanzien van VGV en het in Nederland geldende verbod erop, en welke belemmerende en bevorderende factoren er bestaan over verandering.

### **3.2.1 Focusgroepinterviews**

Er is gebruik gemaakt van een speciaal type groepsinterview, de focusgroep. Bij de focusgroeptechniek wordt gewerkt met een groep van 6-12 deelnemers die gedurende 1,5-2 uur over één specifiek onderwerp praten, op basis van een gestructureerde vragenlijst. In een groepsinterview reageren deelnemers niet alleen op de interviewer, maar ook op elkaar. Door het horen van de meningen en verhalen van anderen worden de deelnemers geholpen hun eigen attitudes, ideeën, opvattingen en gedrag te analyseren en naar voren te brengen. Hierdoor genereert het groepsinterview vaak meer, bredere en diepere informatie dan een aantal individuele interviews (Migchelbrink, 2000).

Uitgaande van de onderzoeksvraagstellingen is een gestructureerde vragenlijst opgesteld (zie bijlage VI). Bij het ontwerp hiervan is gebruik gemaakt van twee vragenlijsten die gebruikt zijn bij eerder onderzoek onder voorlichters eigen taal en cultuur en sleutelfiguren (Van der Kwaak et al., 2004). De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel betreft vragen omtrent de omvang van VGV onder Somaliërs in Tilburg/Nederland, de verschillende vormen, de leeftijd waarop en de plaats waar VGV wordt uitgevoerd. Het tweede onderdeel spits zich toe op vragen met betrekking tot de houding van de vrouwen ten aanzien van VGV, de redenen voor het laten uitvoeren van VGV, hun eigen mening en veranderingen daarin, en hun attitude ten aanzien van besnijdenis van hun eigen (klein)dochters. Het laatste onderdeel van de vragenlijst betreft vragen over de mening van de vrouwen ten aanzien van het in Nederland geldende verbod op het uitvoeren van VGV en andere maatregelen om VGV te bestrijden.

Ten behoeve van een gestructureerd verloop van de gesprekken is een draaiboek ontwikkeld, waarin de vragen uit de vragenlijst zijn opgenomen (zie bijlage VI en VII). De gesprekken zijn in de Nederlandse taal gevoerd. Indien noodzakelijk is tijdens het gesprek vertaald door deelnemers die de Nederlandse taal goed beheersen. De gesprekken zijn geleid door een begeleider en een assistent-begeleider. Beide waren medewerkers van de GGD Hart voor Brabant die ervaring hebben in het leiden van focusgroepinterviews en/of groepsgesprekken.

### **3.2.2 Onderzoeksgroep**

In eerste instantie zouden twee focusgroepinterviews plaatsvinden. Rekening houdend met een lage opkomst, uitval van een gehele groep of andere onvoorziene factoren is er voor gekozen drie groepen te organiseren. De werving van de groepen verliep via bestaande contacten van de GGD Hart voor Brabant met drie lokale organisaties in Tilburg, te weten het



Centrum Buitenlandse Vrouwen, de Stichting Experimenten Werkgelegenheid en een wijkcentrum. Er is gekozen voor verschillende vindplaatsen om de diversiteit in de totale onderzoeksgroep te vergroten. De selectie en benadering van deelnemende vrouwen waren in handen van de contactpersonen van deze organisaties, waarbij de GGD een ideale groepsomvang had aangegeven.

In totaal zijn drie focusgroepinterviews uitgevoerd. Het aantal vrouwen per groep was respectievelijk 9, 10 en 19. De deelnemers van iedere groep kennen elkaar over het algemeen redelijk goed. Zij komen regelmatig bijeen voor gezamenlijke activiteiten van sociaal-culturele, ontspannende of emanciperende aard. In de groep met 19 vrouwen waren 5 vrouwen reeds in een andere focusgroep aanwezig geweest. Hen is verzocht om de andere deelnemers voorrang te geven in het gesprek. In één van de focusgroepen waren onder de deelnemers twee door Pharos getrainde sleutelpersonen. Bij een tweede focusgroep was een zelfde sleutelpersoon tijdens een klein deel van het gesprek aanwezig. Na afloop van de focusgroepinterviews kregen de deelnemers een kleine attentie uitgereikt.

### **3.2.3. Analyse**

De focusgroepinterviews zijn opgenomen op minidisk en vervolgens woordelijk in het Nederlands uitgeschreven. Daarbij is de anonimiteit van de gegevens gegarandeerd. Verdere verwerking van de gegevens is gedaan aan de hand van onderstaande vijf stappen (Migchelbrink, 2000; Pope et al., 2000).

#### *Stap 1: Dataverkenning*

De uitgeschreven teksten zijn zorgvuldig gelezen en aangevuld. Aanvullingen zijn gemaakt op basis van aantekeningen met betrekking tot de betekenis of context van uitgesproken meningen en ideeën tijdens de gesprekken, en aan de hand van punten uit de nabespreking door de begeleider en assistent-begeleider. Relevante stukken tekst zijn gemarkeerd.

#### *Stap 2: Identificatie van een thematisch raamwerk*

Op basis van de a-priori onderzoeksvraagstellingen en de gestructureerde vragenlijst is een voorlopig thematisch raamwerk gemaakt. Dit voorlopige raamwerk is op basis van de (nieuwe) thema's die in de gesprekken naar voren kwamen, definitief vastgesteld. In dit raamwerk zijn nummers en sleutelwoorden aan specifieke thema's en subthema's toegekend (zie bijlage VIII).

#### *Stap 3: Coderen en markeren van de teksten*

Het thematische raamwerk is vervolgens systematisch toegepast op de teksten om deze in bruikbare stukken in te delen. Hierbij zijn de teksten als volgt gecodeerd en gemarkeerd:

- een nummer voor elk thema
- een sleutelwoord voor elk subthema
- een geelmarkering voor illustratieve uitspraken

#### *Stap 4: Data herschikken en samenvatten*

De gecodeerde en gemarkeerde tekstdelen zijn daarna geordend naar thema en subthema. Hierdoor zijn nieuwe bestanden aangemaakt, één per thema. Een stuk tekst kon hierbij onder meer dan één (sub)thema vallen. In deze stap zijn stukken tekst niet geheel, maar in de vorm van samenvattingen van uitgesproken kennis, meningen, ideeën en andere uitingen in de nieuwe bestanden geplaatst.

#### *Stap 5: Interpretatie*

Tot slot zijn de gegevens geïnterpreteerd. De aard en reikwijdte van de onderzochte thema's, verschillen en overeenkomsten in meningen, verbanden, patronen, tegenstrijdigheden, enzovoorts zijn opgespoord. Hierbij is uitgegaan van de

onderzoeksvraagstellingen en de thema's die uit de gesprekken zelf naar voren kwamen. Resultaat van deze stap is de beantwoording van de vraagstellingen van het onderzoek.

## **4. Resultaten**

### **4.1 Onderzoek onder zorg- en dienstverleners en leerkrachten van basisscholen in Amsterdam en Tilburg**

In deze paragraaf worden de resultaten van het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek beschreven. Kort wordt ingegaan op de respons, gevolgd door de uitkomsten van de vragenlijsten met betrekking tot de omvang van VGV en de kennis en voorlichtingsbehoeften ten aanzien van VGV onder zorg-, andere dienstverleners en leerkrachten van basisscholen in Amsterdam en Tilburg. Daarbij worden de resultaten van beide steden zoveel mogelijk apart besproken, om mogelijke verschillen in antwoorden tussen de steden op te kunnen merken.

#### **4.1.1 Respons**

De respons op de vragenlijst wordt weergegeven in tabel 1 per stad en per beroepsgroep. In deze tabel staat het aantal aangeschreven personen/organisaties/scholen, de respons in absolute aantallen en als percentage van het totaal aantal aangeschreven personen/organisaties/scholen weergegeven. In de laatste kolom staat het absolute aantal vragenlijsten aangegeven dat ingevuld terug is gestuurd.

Basisscholen en overige organisaties zijn van tevoren telefonisch benaderd waarbij is gevraagd om een schatting van het aantal vragenlijsten dat kon worden toegestuurd. Hierdoor kan geen respons worden gegeven op basis van het aantal verstuurd vragenlijsten en het aantal dat terug is ontvangen, maar wel op basis van het aantal aangeschreven scholen en organisaties en scholen en organisaties dat heeft gereageerd. Omdat niet geheel duidelijk was hoeveel praktijkverpleegkundigen werkzaam zijn per asielzoekerscentrum van MOA Brabant en Zeeland, zijn aan elk centrum vijf vragenlijsten verstuurd, gericht aan de praktijkverpleegkundigen. Hierdoor was het net als bij de scholen niet mogelijk een respons weer te geven op basis van het aantal verzonden en ontvangen vragenlijsten.

Tabel 1. Respons per stad en per beroepsgroep, n (%)

Beroepsgroep	Aangeschreven (n)	Respons (%)	Vragenlijsten terug (n)
<b>Amsterdam</b>			
Basisscholen	26	14/26 (54)	160
Buurtregisseurs	15	8/15 (53)	8
GG&GD: JGZ-artsen	35	22/35 (63)	22
GG&GD: JGZ-verpleegkundigen	25	18/25 (72)	18
MOA: JGZ-artsen	6	4/6 (67)	4
MOA: JGZ-verpleegkundigen	13	7/13 (54)	7
MOA: praktijkverpleegkundigen	28	19/28 (68)	19
Huisartsen	454	207/454 (46)	207
Verloskundigen	107	55/107 (51)	55
Gynaecologen	74	24/74 (32)	24
Andere artsen/overige organisaties	24	7/24 (29)	11
Totaal			534
<b>Tilburg</b>			
Basisscholen	26	23/26 (88)	91
Buurthuizen	18	9/18 (50)	10
GGD: JGZ-artsen	5	2/5 (40)	2
GGD: JGZ-verpleegkundigen	8	4/8 (50)	4
MOA: JGZ-artsen	4	3/4 (75)	3
MOA: JGZ-verpleegkundigen	15	7/15 (47)	7
MOA: praktijkverpleegkundigen	9	6/9 (67)	14
Huisartsen	53	32/53 (60)	32
Verloskundigen	16	10/16 (63)	10
Gynaecologen	16	10/16 (63)	10
Overige organisaties	3	1/3 (33)	10
Totaal			193

#### 4.1.2 Aard en omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg

In deze paragraaf wordt per beroepsgroep weergegeven wat de resultaten zijn van de vragen met betrekking tot de omvang en de kennis van VGV in Amsterdam en Tilburg. Hiervoor hebben professionals vragen omtrent omvang, eigen ervaring en kennis beantwoord.

De vragen met betrekking tot de geschatte omvang van VGV onder in Amsterdam/Tilburg wonende meisjes/vrouwen uit risicolanden (vragen 3 t/m 5) zijn door slechts enkele respondenten beantwoord. Het bleek voor de respondenten moeilijk om de percentages van VGV onder risicogroepen te noemen, waardoor deze vraag vaak is beantwoord met 'weet niet'. Om deze reden zijn deze resultaten niet nader bekeken.

#### ***Leerkrachten, leerkrachten gym, directie en ondersteunend personeel van basisscholen in Amsterdam en Tilburg***

##### *Contact met risicogroepen*

Een meerderheid van de leerkrachten (81%), leerkrachten gym (50%), schooldirectie (78%) en ondersteunend personeel (82%) van de aangeschreven basisscholen in Amsterdam, als ook een meerderheid van de directie (63%) en ondersteunend personeel (73%) van de aangeschreven basisscholen in Tilburg, geeft aan niet regelmatig in aanraking te komen met meisjes/vrouwen uit risicolanden waar VGV voorkomt. Dit in tegenstelling tot leerkrachten (gym) van scholen in Tilburg (zie tabel 2). De meerderheid van hen, respectievelijk 51% en

100%, geeft aan wel regelmatig in aanraking te komen met de betreffende groep meisjes/vrouwen.

#### *Confrontatie met VGV*

Eén leerkracht en één ondersteunende kracht op een basisschool in Amsterdam zijn daadwerkelijk door direct contact ooit met een geval van VGV geconfronteerd. Zij zijn geconfronteerd met één of meerdere meisjes die na vestiging in Nederland besneden zijn. Dit (deze) meisje(s) is (zijn) afkomstig uit Somalië.

In Tilburg zijn één leerkracht en twee ondersteunende krachten ooit door direct contact geconfronteerd met een geval van meisjesbesnijdenis. Het gaat in beide gevallen om meisjes afkomstig uit Somalië. Zij wisten niet of het ging om meisjes die na vestiging in Nederland zijn besneden. Een schatting van het aantal meisjes dat zij in de afgelopen 12 maanden op hun school hebben 'gezien', konden zij niet geven.

Tabel 2. Contact met risicogroep en confrontatie met VGV basisscholen, Amsterdam en Tilburg

	<b>Leerkrachten n (%)</b>	<b>Leerkrachten gym n (%)</b>	<b>Directie n (%)</b>	<b>Ondersteunend n (%)</b>
<b>Amsterdam (N)</b>	130	4	9	17
Contact met risicogroep				
Ja	12 (9)	1 (25)	1 (11)	1 (6)
Nee	105 (81)	2 (50)	7 (78)	14 (82)
Weet niet	11 (9)	1 (25)	1 (11)	2 (12)
Ooit geconfronteerd				
Direct contact	1 (1)	-	-	1 (6)
Van horen zeggen	12 (9)	-	-	3 (18)
Nee	117 (90)	4 (100)	9 (100)	13 (77)
<b>Tilburg (N)</b>	68	3	8	11
Contact met risicogroep				
Ja	36 (53)	2 (67)	2 (25)	2 (18)
Nee	23 (34)	-	5 (63)	8 (73)
Weet niet	9 (13)	-	1 (13)	1 (9)
Ooit geconfronteerd				
Direct contact	1 (2)	-	-	2 (18)
Van horen zeggen	5 (7)	-	1 (13)	-
Nee	61 (90)	3 (100)	7 (88)	9 (82)

#### ***Gynaecologen, huisartsen, verloskundigen en andere artsen in Amsterdam***

##### *Contact met risicogroepen en confrontatie met VGV*

Een meerderheid van de huisartsen (72%) en verloskundigen (56%) in Amsterdam geeft aan niet regelmatig in contact te komen met de risicogroepen. Van de gynaecologen en andere artsen, komt respectievelijk 79% en 54% wel regelmatig in contact met meisjes/vrouwen uit risicolanden voor VGV.

Uit tabel 3 blijkt dat een meerderheid van gynaecologen (88%) en verloskundigen (87%) ooit met een geval van VGV is geconfronteerd. Huisartsen en andere artsen zijn in mindere mate ooit geconfronteerd met een geval van VGV, met respectievelijk 40% en 56%.

Tabel 3. Contact met risicogroep en confrontatie VGV artsen en verloskundigen, Amsterdam

	Gynaecologen n (%)	Huisartsen n (%)	Verloskundigen n (%)	Andere artsen n (%)
N	24	207	55	11
In contact met risicogroep				
Ja	19 (79)	52 (25)	22 (40)	6 (54)
Nee	5 (21)	148 (72)	31 (56)	5 (46)
Weet niet	-	4 (2)	1 (2)	-
Geconfronteerd				
Direct contact	21 (88)	83 (40)	48 (87)	6 (56)
Van horen zeggen	-	13 (6)	2 (4)	1 (9)
Nee	3 (13)	108 (52)	4 (6)	3 (27)

Van de artsen en verloskundigen die ooit zijn geconfronteerd met VGV door direct contact, geven twee gynaecologen, drie huisartsen en één verloskundige aan dat zij ooit zijn geconfronteerd met een meisje/vrouw die na vestiging in Nederland besneden is (tabel 4).

#### *Confrontatie met VGV en complicaties in de afgelopen 12 maanden*

Van de artsen en verloskundigen die ooit zijn geconfronteerd met een geval van VGV, geven zowel gynaecologen (86%), huisartsen (62%), verloskundigen (81%) en andere artsen (80%) aan in de afgelopen 12 maanden één of meerdere malen een besneden meisje/vrouw op hun spreekuur te hebben gezien. Het geschatte aantal besneden meisjes/vrouwen dat gynaecologen op hun spreekuur hebben gezien loopt uiteen van één tot tien meisjes/vrouwen. Huisartsen geven aan dat het aantal besneden meisjes/vrouwen dat zij hebben gezien varieert van één tot vijftig meisjes/vrouwen in het afgelopen jaar. Het aantal besneden vrouwen dat verloskundigen hebben gezien in het afgelopen jaar loopt uiteen van drie tot vijftien meisjes/vrouwen en bij andere artsen van drie tot tien meisjes/vrouwen.

In tabel 4 kan worden afgelezen dat drie gynaecologen en twee huisartsen in Amsterdam aangeven dat zij in de afgelopen 12 maanden meisjes/vrouwen hebben gezien op hun spreekuur, die na vestiging in Nederland besneden zijn.

Het geschatte aantal complicaties als gevolg van VGV, dat door artsen en verloskundigen wordt gezien op het spreekuur varieert van geen enkele tot tien in de afgelopen 12 maanden. Zes gynaecologen gaven aan één tot twee keer met complicaties als gevolg van VGV te zijn geconfronteerd in de afgelopen 12 maanden. Van de huisartsen gaven er 11 aan één tot tien keer te zijn geconfronteerd met een complicatie als gevolg van VGV. Een verloskundige gaf aan twee keer in het afgelopen jaar te zijn geconfronteerd met complicaties als gevolg van VGV. Een andere arts geeft aan één meisje/vrouw met complicaties te hebben gezien in het afgelopen jaar. Een andere arts geeft aan zes meisjes/vrouwen met complicaties als gevolg van VGV afgelopen jaar te hebben gezien op het spreekuur. De meerderheid van de gynaecologen (71%), verloskundigen (98%) en huisartsen (87%) en andere artsen (89%) hebben echter geen complicaties als gevolg van VGV gezien in de afgelopen 12 maanden (tabel 4).

Het aantal besneden meisjes/vrouwen dat door artsen en verloskundigen in Amsterdam wordt gezien op de spreekuren is in de afgelopen jaren gelijk gebleven.

#### *Risicolanden*

De meisjes/vrouwen in Amsterdam die worden gezien zijn afkomstig uit Somalië, Egypte, Eritrea, Ethiopië, Soedan, Sierra Leone, Nigeria en een Aziatisch land. Uit tabel 4 blijkt dat de meerderheid van de gynaecologen (86%), huisartsen (67%), verloskundigen (86%) en andere artsen (67%) rapporteert dat de besneden meisjes/vrouwen afkomstig waren uit Somalië. Het percentage gynaecologen, huisartsen en verloskundigen dat aangeeft besneden meisjes/vrouwen afkomstig uit Eritrea, Ethiopië en Soedan te hebben gezien, is

hoger dan het percentage gynaecologen, huisartsen en verloskundigen dat aangeeft besneden meisjes/vrouwen afkomstig uit Egypte en Sierra Leone te hebben gezien.

#### Vormen van VGV

Gynaecologen uit Amsterdam zien bij hun patiënten verschillende vormen van VGV. Infibulatie en clitoridectomie wordt gerapporteerd door respectievelijk 91% en 67% van de gynaecologen. Het percentage huisartsen (63%), verloskundigen (77%) en andere artsen (67%) dat infibulatie tegenkomt is iets lager in vergelijking met gynaecologen. Tevens rapporteren verloskundigen en andere artsen net als gynaecologen clitoridectomie, te weten 65% en 50%. Zowel gynaecologen, huisartsen, verloskundigen als andere artsen, rapporteren circumcisie. Met uitzondering van de gynaecologen, komen de artsen en verloskundigen ook patiënten tegen die incisie hebben ondergaan (tabel 4).

Tabel 4. Confrontatie VGV in afgelopen 12 maanden artsen en verloskundigen, Amsterdam

	Gynaecologen n (%)	Huisartsen n (%)	Verloskundigen n (%)	Andere artsen n (%)
N	21	83	48	6
Besneden na vestiging NL				
Direct contact	2 (10)	3 (4)	1 (2)	-
Van horen zeggen	-	2 (2)	1 (2)	2 (33)
Nee	13 (62)	69 (83)	42 (88)	3 (50)
Weet niet	6 (29)	9 (11)	4 (8)	1 (17)
Aantal VGV 12 mnd (n, range)*	18 (1-10)	50 (1-50)	39 (1-15)	4 (3-10)
Aantal VGV na vestiging 12 mnd (n, range)*	3 (1-5)	2 (1)	-	-
Aantal complicaties 12 mnd (n, range)*	6 (1-2)	11 (1-10)	1 (2)	2 (1-6)
Etniciteit				
Somalië	18 (86)	56 (67)	41 (86)	4 (67)
Egypte	2 (10)	7 (11)	6 (13)	3 (50)
Eritrea	8 (38)	12 (15)	15 (31)	3 (50)
Ethiopië	6 (29)	13 (16)	17 (35)	2 (33)
Soedan	4 (19)	11 (13)	14 (29)	3 (50)
Sierra Leone	-	2 (2)	1 (2)	1 (17)
Anders	1 (5)	2 (2)		
Vormen VGV				
Incisie	-	2 (4)	3 (6)	1 (17)
Circumcisie	6 (29)	7 (8)	12 (25)	2 (33)
Clitoridectomie	14 (67)	29 (35)	31 (65)	3 (50)
Infibulatie	19 (91)	52 (63)	37 (77)	4 (67)
Anders	-	1 (1)	1 (2)	1 (17)
Aantal toe-/afgenomen				
Toegenomen	3 (14)	4 (5)	3 (6)	-
Gelijk gebleven	11 (52)	19 (23)	26 (54)	1 (17)
Afgenomen	4 (19)	6 (7)	5 (10)	1 (17)
Weet niet	1 (5)	32 (39)	9 (19)	2 (33)

\*aantal artsen dat geconfronteerd is met  $\geq 1$  geval van VGV of complicaties en range van gerapporteerde gevallen of complicaties

### Gynaecologen, huisartsen en verloskundigen in Tilburg

#### Contact met risicogroepen en confrontatie met VGV

In Tilburg komt 90% van de gynaecologen en 90% van de verloskundigen regelmatig in contact met de risicogroepen, in tegenstelling tot 38% van de huisartsen.

Zestig procent van de gynaecologen en alle verloskundigen rapporteren ooit met een geval van VGV te zijn geconfronteerd in vergelijking met 34% van de huisartsen. Dit is vergelijkbaar met de bevindingen onder artsen en verloskundigen in Amsterdam. Alle andere gynaecologen en huisartsen (op één na, zie tabel 5) geven aan nooit te zijn geconfronteerd te zijn met een geval van VGV door direct contact of door 'van horen zeggen'.

Tabel 5. Contact met risicogroep en confrontatie met VGV artsen en verloskundigen Tilburg

	Gynaecologen n (%)	Huisartsen n (%)	Verloskundigen n (%)
N	10	32	10
In contact met risicogroep			
Ja	9 (90)	12 (38)	9 (90)
Nee	-	20 (63)	1 (10)
Weet niet	-	-	-
Geconfronteerd			
Direct contact	6 (60)	11 (34)	10 (100)
Van horen zeggen	-	1 (3)	-
Nee	4 (40)	18 (56)	-

Van de gynaecologen, huisartsen en verloskundigen die hebben aangegeven ooit door direct contact te zijn geconfronteerd met een geval van VGV, geven vier artsen/verloskundigen aan aan dat zij tevens door direct contact zijn geconfronteerd met een geval van VGV na vestiging in Nederland (tabel 6). Ook deze bevindingen komen overeen met de bevindingen onder gynaecologen, huisartsen en verloskundigen in Amsterdam.

#### *Confrontatie met VGV en complicaties in de afgelopen 12 maanden*

Vijf gynaecologen geven aan besneden meisjes/vrouwen in de afgelopen 12 maanden te hebben gezien op hun spreekuur (range 2-20 meisjes/vrouwen). Met eenzelfde variatie geven negen huisartsen aan in de afgelopen 12 maanden te zijn geconfronteerd met besneden meisjes/vrouwen in hun praktijk. Het aantal gynaecologen en huisartsen dat in de afgelopen 12 maanden is geconfronteerd met een besneden meisje/vrouw op hun spreekuur ligt in Tilburg lager dan in Amsterdam. Het percentage verloskundigen in Tilburg dat in het afgelopen jaar met een geval van VGV geconfronteerd is, ligt daarentegen iets hoger dan in Amsterdam (tabel 6). Het aantal besneden meisjes/vrouwen dat zij zagen op hun spreekuur varieerde van 3 tot 20 meisjes/vrouwen.

Eén gynaecoloog in Tilburg rapporteert twee gevallen van VGV na vestiging in Nederland te hebben gezien in het afgelopen jaar.

Eén gynaecoloog en drie huisartsen hebben in de afgelopen 12 maanden meisjes/vrouwen op hun spreekuur gezien als gevolg van complicaties van VGV. De gynaecoloog is geconfronteerd met één meisjes/vrouw met complicaties als gevolg van VGV. De huisartsen geven aan, één tot tien meisjes/vrouwen met complicaties als gevolg van VGV te hebben gezien. Dit komt overeen met de resultaten onder huisartsen in Amsterdam. Verloskundigen in Tilburg hebben geen complicaties als gevolg van VGV gezien in de afgelopen 12 maanden.

Net als in Amsterdam geeft de meerderheid van de huisartsen en verloskundigen in Tilburg aan dat het aantal besneden meisjes/vrouwen dat zij zien op hun spreekuur gelijk is gebleven in de afgelopen jaren.

#### *Risicolanden*

De meisjes/vrouwen zijn hoofdzakelijk afkomstig uit Somalië. Daarnaast worden besneden meisjes/vrouwen gezien die afkomstig zijn uit Ethiopië en Soedan. Alleen bij de verloskundigen worden ook besneden meisjes/vrouwen uit Egypte en Eritrea gezien (tabel



6). Dit verschilt met de zeer gevarieerde groep welke door de artsen en verloskundigen in Amsterdam wordt gerapporteerd.

#### Vormen van VGV

Infibulatie wordt gerapporteerd door een meerderheid van de gynaecologen (100%), huisartsen (73%) en verloskundigen (90%) in Tilburg. Dit komt overeen met de resultaten van artsen en verloskundigen uit Amsterdam. Huisartsen en verloskundigen rapporteren ook clitoridectomie te zijn tegengekomen, respectievelijk 64% en 80%. Zij rapporteren ook gevallen van circumcisie en incisie. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten die zijn gevonden bij artsen en verloskundigen in Amsterdam.

Tabel 6. Confrontatie met VGV in afgelopen 12 maanden artsen en verloskundigen, Tilburg

	Gynaecologen n (%)	Huisartsen n (%)	Verloskundigen n (%)
N	6	11	10
Besneden na vestiging NL			
Direct contact	1 (17)	2 (18)	1 (10)
Van horen zeggen	2 (33)	-	-
Nee	2 (33)	8 (73)	6 (60)
Weet niet	1 (17)	1 (9)	3 (30)
Aantal VGV 12 mnd (n, range)*	5 (2-20)	9 (1-20)	9 (3-20)
Aantal VGV na vestiging 12 mnd (n, range)*	1 (2)	-	-
Complicaties afg 12 mnd (n, range)*	1 (1)	3 (1-10)	-
Etniciteit			
Somalië	5 (83)	9 (82)	10 (100)
Egypte	-	-	1 (10)
Eritrea	-	-	1 (10)
Ethiopië	1 (17)	1 (9)	4 (40)
Soedan	1 (17)	-	5 (50)
Sierra Leone	-	-	1 (10)
Vormen VGV			
Incisie	-	2 (18)	1 (10)
Circumcisie	-	2 (18)	2 (20)
Clitoridectomie	2 (33)	7 (64)	8 (80)
Infibulatie	6 (100)	8 (73)	9 (90)
Aantal toe-/afgenomen			
Toegenomen	-	-	-
Gelijk gebleven	2 (33)	6 (55)	5 (50)
Afgenomen	2 (33)	3 (27)	5 (50)
Weet niet	2 (33)	2 (18)	-

\*aantal artsen dat geconfronteerd is met  $\geq 1$  geval van VGV of complicaties en range van gerapporteerde gevallen of complicaties

### **JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen van GG&GD Amsterdam en Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en buurtregisseurs in Amsterdam**

#### Contact met risicogroep en confrontatie met VGV

Alle JGZ-artsen MOA, 57% van de JGZ-verpleegkundigen MOA en 68% van de praktijkverpleegkundigen van Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland geven aan regelmatig in aanraking te komen met meisjes/vrouwen uit risicolanden, zoals Somalië, Eritrea, Ethiopië en Soedan. De meerderheid van de JGZ-artsen GG&GD (68%), JGZ-verpleegkundigen GG&GD (57%) en buurtregisseurs (75%) geeft echter aan niet regelmatig in contact te komen met de betreffende bevolkingsgroepen.

Gelijk aan bovengenoemde verdeling, is de verdeling van beroepsgroepen die door direct contact ooit geconfronteerd zijn met een geval van VGV. Een meerderheid van de

JGZ-artsen MOA (75%), JGZ-verpleegkundigen MOA (57%) en praktijkverpleegkundigen MOA (84%) is ooit door direct contact geconfronteerd met een geval van VGV ten opzichte van 18% van de JGZ-artsen GG&GD en 22% van de JGZ-verpleegkundigen GG&GD. Geen van de buurtregisseurs was ooit door direct contact geconfronteerd met een geval van VGV. Eén JGZ-arts GG&GD en één praktijkverpleegkundige MOA zijn ooit geconfronteerd met een meisje/vrouw die na vestiging in Nederland besneden is.

#### *Confrontatie met VGV en complicaties in de afgelopen 12 maanden*

Van de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen die ooit zijn geconfronteerd met een geval van VGV, geven één JGZ-arts GG&GD, twee JGZ-artsen MOA, twee JGZ-verpleegkundigen GG&GD, twee JGZ-verpleegkundigen MOA en tien praktijkverpleegkundigen MOA aan in de afgelopen 12 maanden één of meerdere malen een besneden meisje/vrouw op hun spreekuur te hebben gezien. De JGZ-artsen GG&GD schatten het aantal besneden meisjes/vrouwen dat hij/zij had gezien op zijn/haar spreekuur op drie meisjes/vrouwen. JGZ-artsen MOA geven aan dat het aantal besneden meisjes/vrouwen die zij hebben gezien varieert van twee tot drie meisjes/vrouwen in het afgelopen jaar. Het gemiddelde aantal besneden vrouwen dat JGZ-verpleegkundigen GG&GD zagen in het afgelopen jaar liep uiteen van één tot drie meisjes/vrouwen. De twee JGZ-verpleegkundigen MOA gaven aan vijf tot zes besneden meisjes/vrouwen te hebben gezien in de afgelopen 12 maanden. Praktijkverpleegkundigen MOA zagen naar schatting in het afgelopen jaar twee tot zes besneden meisjes/vrouwen op hun spreekuur.

Opmerkelijk is dat op de vraag "Hoeveel meisjes/vrouwen die na vestiging in Nederland besneden zijn heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw spreekuur gezien?" een JGZ-verpleegkundige GG&GD antwoordt vijf meisjes/vrouwen te hebben gezien. Diezelfde verpleegkundige geeft dit niet aan in de vraag met betrekking tot "ooit geconfronteerd met meisjes/vrouw die na vestiging in Nederland is".

Alleen praktijkverpleegkundigen hebben in het afgelopen jaar meisjes/vrouwen op hun spreekuur gezien vanwege complicaties als gevolg van VGV. Vijf praktijkverpleegkundigen MOA zagen variërend van één tot achttien meisjes/vrouwen met complicaties over een tijdsperiode van de afgelopen 12 maanden.

De meeste JGZ-artsen en verpleegkundigen kunnen niet goed aangeven of het aantal besneden meisjes/vrouwen dat zij op hun spreekuur zien de afgelopen jaren is toe- of afgenomen. Van degenen die hier wel op kunnen antwoorden, geeft een meerderheid aan dat het aantal besneden meisjes/vrouwen dat zij zien gelijk is gebleven.

#### *Risicolanden*

De meisjes/vrouwen die JGZ-artsen GG&GD en MOA zagen, waren voornamelijk afkomstig uit Somalië (respectievelijk 100 en 67% van de artsen) en in mindere mate uit Eritrea (respectievelijk 25 en 33%). JGZ-verpleegkundigen van de GG&GD zagen daarnaast ook meisjes/vrouwen afkomstig uit Soedan. Praktijkverpleegkundigen zagen tevens meisjes uit Ethiopië. JGZ-verpleegkundigen van de Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland zagen uit elke aangegeven bevolkingsgroep besneden meisjes/vrouwen. Tevens rapporteerden een JGZ-verpleegkundige GG&GD en twee JGZ-verpleegkundigen MOA besneden meisjes/vrouwen te hebben gezien afkomstig uit Nigeria, Ghana en Irak.

#### *Vormen van VGV*

Infibulatie wordt gerapporteerd door alle beroepsgroepen en is ook een vorm van VGV waarmee meerdere JGZ-verpleegkundigen MOA en praktijkverpleegkundigen MOA zijn geconfronteerd. JGZ-artsen GG&GD, JGZ-verpleegkundigen MOA en praktijkverpleegkundigen MOA werden eveneens geconfronteerd met meisjes/vrouwen die clitoridectomie hadden ondergaan. Alleen de praktijkverpleegkundigen rapporteren gevallen van incisie en circumcisie.

Tabel 7. Absolute aantallen en percentages JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen van GG&GD Amsterdam en Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en buurtregisseurs in Amsterdam

	JGZ-artsen		JGZ-artsen		JGZ-verpleegkundigen		JGZ-verpleegkundigen		Praktijkverpleegkundigen		Buurtregisseurs	
	GG&GD n (%)	MOA n (%)	GG&GD n (%)	MOA n (%)	GG&GD n (%)	MOA n (%)	GG&GD n (%)	MOA n (%)	GG&GD n (%)	MOA n (%)	GG&GD n (%)	MOA n (%)
N	22	4	18	7	19	8	7	19	8	7	19	8
In contact met doelgroep												
Ja	7 (32)	4 (100)	7 (39)	4 (57)	13 (68)	1 (13)	4 (57)	13 (68)	1 (13)	4 (57)	13 (68)	1 (13)
Nee	15 (68)	-	9 (50)	2 (29)	4 (21)	6 (75)	2 (29)	4 (21)	6 (75)	2 (29)	4 (21)	6 (75)
Weet niet	-	-	1 (6)	-	1 (5)	1 (13)	-	1 (5)	1 (13)	-	1 (5)	1 (13)
Geconfronteerd												
Direct contact	4 (18)	3 (75)	4 (22)	4 (57)	16 (84)	-	4 (57)	16 (84)	-	4 (57)	16 (84)	-
Van horen zeggen	3 (14)	-	3 (17)	1 (14)	1 (5)	1 (13)	1 (14)	1 (5)	1 (13)	1 (14)	1 (5)	1 (13)
Nee	14 (64)	1 (25)	11 (61)	2 (29)	2 (29)	6 (75)	2 (29)	2 (29)	6 (75)	2 (29)	2 (29)	6 (75)
N	4	3	4	4	16		4	16		4	16	
Besneden na vestiging NL												
Direct contact	1 (25)	-	-	-	1 (6)	-	-	1 (6)	-	-	1 (6)	-
Van horen zeggen	3 (75)	1 (33)	4 (100)	4 (100)	11 (69)	4 (100)	4 (100)	11 (69)	4 (100)	4 (100)	11 (69)	4 (100)
Nee	-	2 (67)	-	-	3 (19)	-	-	3 (19)	-	-	3 (19)	-
Weet niet	-	-	-	-	1 (6)	-	-	1 (6)	-	-	1 (6)	-
Aantal VGV 12 mnd (n, range)*	1 (3)	2 (2-3)	2 (1-3)	2 (5-6)	10 (2-6)		2 (5-6)	10 (2-6)		2 (5-6)	10 (2-6)	
Aantal VGV na vestiging 12 mnd (n, range)*	-	-	1 (5)	-	-		-	-		-	-	
Aantal complicaties 12 mnd (n, range)*	-	-	-	-	5 (1-18)		-	5 (1-18)		-	5 (1-18)	
Etniciteit												
Somalie	4 (100)	2 (67)	3 (75)	4 (100)	13 (81)		4 (100)	13 (81)		4 (100)	13 (81)	
Egypte	-	-	1 (25)	-	-		-	-		-	-	
Eritrea	1 (25)	1 (33)	1 (25)	1 (25)	4 (25)		1 (25)	4 (25)		1 (25)	4 (25)	
Ethiopië	-	-	1 (25)	-	4 (25)		-	4 (25)		-	4 (25)	
Soedan	-	-	1 (25)	2 (50)	7 (44)		2 (50)	7 (44)		2 (50)	7 (44)	
Sierra Leone	-	-	1 (25)	-	-		-	-		-	-	
Anders	-	-	-	-	-		-	-		-	-	
Vormen VGV												
Incisie	-	-	-	-	1 (6)		-	1 (6)		-	1 (6)	
Circumcisie	-	-	-	-	4 (25)		-	4 (25)		-	4 (25)	
Clitoridectomie	1 (25)	-	-	1 (25)	4 (25)		1 (25)	4 (25)		1 (25)	4 (25)	
Infibulatie	1 (25)	1 (33)	1 (25)	3 (75)	9 (56)		3 (75)	9 (56)		3 (75)	9 (56)	
Aantal toe-/afgenomen												
Toegenomen	-	-	-	-	-		-	-		-	-	
Gelijk gebleven	-	1 (33)	2 (50)	2 (50)	5 (31)		2 (50)	5 (31)		2 (50)	5 (31)	
Afgenomen	-	-	-	1 (25)	1 (6)		1 (25)	1 (6)		1 (25)	1 (6)	
Weet niet	2 (50)	2 (67)	2 (50)	1 (25)	5 (31)		1 (25)	5 (31)		1 (25)	5 (31)	

\*aantal artsen dat geconfronteerd is met ≥1 geval van VGV of complicaties en range van gerapporteerde gevallen of complicaties

## ***JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen van GGD Hart voor Brabant en MOA Brabant en Zeeland, buurtcentra en overige organisaties in Tilburg***

### *Contact met risicogroep en confrontatie met VGV*

Gelijk aan JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland, rapporteren JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van MOA Brabant en Zeeland dat zij regelmatig in aanraking komen met meisjes/vrouwen uit risicolanden. De helft van de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen van de GGD, 38% van de medewerkers van buurtcentra en 70% van de medewerkers van overige organisaties geven tevens aan regelmatig in contact te komen met de meisjes/vrouwen uit onder andere Somalië, Eritrea, Ethiopië en Soedan.

Alle JGZ-artsen MOA, 50% van de JGZ-artsen GGD, 25% van de JGZ-verpleegkundigen GGD, 43% van de JGZ-verpleegkundigen MOA, 79% van de praktijkverpleegkundigen MOA en 10% van de medewerkers van overige organisaties is ooit met een geval van VGV geconfronteerd door direct contact.

Eén JGZ-arts MOA, één JGZ-verpleegkundige GGD, één JGZ-verpleegkundige MOA en twee praktijkverpleegkundigen MOA zijn ooit geconfronteerd met meisjes/vrouwen die na vestiging in Nederland besneden waren. Dit aantal komt overeen met het aantal JGZ-artsen en -verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van MOA/GGD'en Noord-Holland en Flevoland dat ooit geconfronteerd is met VGV na vestiging in Nederland.

### *Confrontatie met VGV en complicaties in de afgelopen 12 maanden*

Van de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen GGD Hart voor Brabant en MOA Brabant en Zeeland die ooit met een geval van VGV zijn geconfronteerd, geven drie JGZ-artsen MOA, één JGZ-verpleegkundige GGD, één JGZ-verpleegkundige MOA en vijf praktijkverpleegkundigen MOA aan in de afgelopen 12 maanden één of meerdere keren geconfronteerd te zijn met besneden meisjes/vrouwen. Het aantal besneden meisjes/vrouwen dat door de JGZ-artsen is gezien varieert van vier tot tien vrouwen. De JGZ-verpleegkundige GGD zag één meisje/vrouw, de JGZ-verpleegkundige MOA zag 2 meisjes/vrouwen in het afgelopen jaar. Eén tot twintig besneden meisjes/vrouwen zijn in het afgelopen jaar door de praktijkverpleegkundigen op het spreekuur gezien.

Eén JGZ-arts MOA, één JGZ-verpleegkundige GGD en één praktijkverpleegkundige MOA gaven aan dat zij in de afgelopen 12 maanden één of meerdere meisjes/vrouwen hebben gezien op hun spreekuur die na vestiging in Nederland besneden waren.

Eén JGZ-arts MOA en drie praktijkverpleegkundigen MOA zijn in de afgelopen 12 maanden geconfronteerd met meisjes/vrouwen met complicaties als gevolg van VGV. De JGZ-arts MOA rapporteert drie meisjes/vrouwen die met complicaties op het spreekuur kwamen. De drie praktijkverpleegkundigen MOA zagen in de afgelopen 12 maanden één tot vijf meisjes/vrouwen met complicaties als gevolg van VGV. Het aantal complicaties dat door JGZ-artsen en -verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen van MOA Brabant en Zeeland wordt gerapporteerd is lager dan het aantal dat wordt gerapporteerd door medewerkers van MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland.

Een JGZ-verpleegkundige GGD, een JGZ-verpleegkundige MOA en de meerderheid van de praktijkverpleegkundigen MOA (64%) kunnen niet aangeven of het aantal gevallen van VGV is toe- of afgenomen in de afgelopen jaren. Eén JGZ-arts en twee JGZ-verpleegkundigen MOA en twee praktijkverpleegkundigen MOA geven aan dat het aantal meisjes/vrouwen met VGV dat zij op hun spreekuur zien is afgenomen. Twee andere JGZ-artsen MOA geven aan dat dit aantal gelijk is gebleven en één praktijkverpleegkundige geeft aan dat het aantal gevallen van VGV dat op het spreekuur wordt gezien is toegenomen.

### *Risicolanden*

De meeste besneden meisjes/vrouwen die door JGZ-artsen GGD en MOA en praktijkverpleegkundigen zijn gezien, waren afkomstig uit Somalië. Dit komt overeen met de antwoorden van JGZ-artsen GGD en MOA en praktijkverpleegkundigen uit Noord-Holland en Flevoland. Eén JGZ-arts MOA rapporteert met besneden meisjes/vrouwen afkomstig uit Ethiopië geconfronteerd te zijn. Een andere arts rapporteert dit voor meisjes/vrouwen afkomstig uit Soedan. Praktijkverpleegkundigen MOA rapporteren dat de besneden meisjes/vrouwen die zij zien afkomstig zijn uit Eritrea, Ethiopië, Soedan, Sierra Leone en andere West-Afrikaanse landen zoals Guinee.

### *Vormen van VGV*

De JGZ-verpleegkundige GGD die ooit door direct contact met een geval van VGV was geconfronteerd kon niet aangeven welke vorm van VGV dit was. JGZ-artsen MOA rapporteren alleen gevallen van circumcisie en clitoridectomie tegen te komen. JGZ-verpleegkundigen MOA en praktijkverpleegkundigen MOA daarentegen worden geconfronteerd met infibulatie, clitoridectomie en circumcisie. Alleen JGZ-verpleegkundigen MOA rapporteren gevallen van incisie en andere vormen zoals aaneenhechting van grote schaamlippen, waarbij de rest intact is gebleven en herinfibulatie.

Tabel 8. Absolute aantallen en percentages JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen van GGD Hart voor Brabant en MOA Brabant en Zeeland, buurtcentra en overige organisaties in Tilburg.

	JGZ-artsen GGD n (%)	JGZ-artsen MOA n (%)	JGZ-verpleegkundigen GGD n (%)	JGZ-verpleegkundigen MOA n (%)	JGZ-verpleegkundigen MOA n (%)	Praktijkverpleegkundigen MOA n (%)	Buurtcentra n (%)	Overige organisaties n (%)
N	2	3	4	7	14	8	10	
<b>In contact met doelgroep</b>								
Ja	1 (50)	3 (100)	2 (50)	6 (86)	9 (64)	3 (38)	7 (70)	
Nee	1 (50)	-	2 (50)	1 (14)	3 (21)	5 (63)	3 (30)	
<b>Geconfronteerd</b>								
Direct contact	1 (50)	3 (100)	1 (25)	3 (43)	11 (79)	-	1 (10)	
Van horen zeggen	-	-	2 (50)	3 (43)	-	1 (13)	5 (50)	
Nee	1 (50)	-	1 (25)	1 (14)	2 (14)	7 (88)	4 (40)	
N	1	3	1	3	11	0	1	
<b>Besneden na vestiging NL</b>								
Direct contact	-	1 (33)	1 (100)	1 (33)	2 (18)	-	-	
Van horen zeggen	-	1 (33)	-	-	6 (55)	-	-	
Nee	1 (100)	1 (33)	-	2 (67)	3 (27)	-	-	
Weet niet	-	-	-	-	3 (27)	-	-	
Aantal VGV 12 mnd (n, range)*	-	3 (4-10)	1 (2)	1 (2)	5 (1-20)	-	-	
Aantal VGV na vestiging 12 mnd (n, range)*	-	1 (1)	1 (2)	-	1 (3)	-	-	
Aantal complicaties 12 mnd (n, range)*	-	1 (3)	-	-	3 (1-5)	-	-	
<b>Etniciteit</b>								
Somalië	1 (100)	3 (100)	1 (100)	3 (100)	10 (91)	-	-	
Egypte	-	-	-	-	-	-	-	
Eritrea	-	-	-	-	3 (27)	-	-	
Ethiopië	-	1 (33)	-	-	4 (36)	-	-	
Soedan	-	1 (33)	-	-	8 (72)	-	-	
Sierra Leone	-	-	-	-	3 (27)	-	-	
Anders	-	-	-	-	1 (9)	-	-	
<b>Vormen VGV</b>								
Incisie	-	-	-	2 (67)	-	-	-	
Circumcisie	-	2 (67)	-	2 (67)	2 (18)	-	-	
Clitoridectomie	-	2 (67)	-	2 (67)	1 (27)	-	-	
Infibulatie	-	-	-	2 (67)	6 (55)	-	-	
Anders	-	-	-	1 (33)	2 (18)	-	-	
<b>Aantal toe-/afgenomen</b>								
Toegenomen	-	-	-	-	1 (9)	-	-	
Gelijk gebleven	-	2 (67)	-	-	-	-	-	
Afgenomen	-	1 (33)	-	2 (67)	2 (18)	-	-	
Weet niet	-	-	1 (100)	1 (33)	7 (64)	-	-	

\* hier is aangegeven het aantal artsen dat met VGV of complicaties daarvan was geconfronteerd. Tussen de haakjes staat de range van het aantal meisjes/vrouwen dat men heeft gezien in de afgelopen 12 maanden.

### 4.1.3 Kennis en voorlichtingsbehoeften

#### ***Leerkrachten, leerkrachten gym, directie en ondersteunend personeel van basisscholen in Amsterdam***

De helft van zowel de leerkrachten, de directie als ondersteunend personeel van basisscholen in Amsterdam omschrijven hun kennis over VGV als gemiddeld/algemeen. De andere helft van de leerkrachten, directie en ondersteunend personeel vindt dat hij/zij weinig kennis heeft over VGV.

Ondanks dat de helft van de leerkrachten, directie en ondersteunend personeel van scholen in Amsterdam een gemiddelde kennis over VGV heeft, vinden zij dat deze kennis niet voldoende is om VGV met de moeders uit risicolanden te bespreken. De meerderheid van het personeel van basisscholen (gemiddeld 90%) geeft dan ook aan meestal niet of nooit met een moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland te bespreken of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden. Het bespreken van VGV met moeders uit risicolanden wordt door een meerderheid van leerkrachten (55%), gymleerkrachten (75%) en ondersteunend personeel (59%) ook niet gezien als taak voor hun beroepsgroep. Van de directie vindt 44% dit geen taak voor hun beroepsgroep en nog eens 44% weet het niet.

Tabel 9. Kennis en bespreken VGV basisscholen, Amsterdam

	<b>Leerkrachten</b>	<b>Leerkrachten gym</b>	<b>Directie</b>	<b>Ondersteunend</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>N</b>	130	4	9	17
Omschrijven kennis				
Weinig	52 (40)	2 (50)	4 (44)	8 (47)
Gemiddeld/algemeen	72 (55)	2 (50)	5 (56)	9 (53)
Veel/gedetailleerd	6 (5)	-	-	-
Voldoende kennis VGV				
Ja	10 (8)	-	1 (11)	1 (6)
Nee	93 (79)	3 (75)	6 (67)	11 (65)
Weet niet	16 (12)	1 (25)	2 (22)	5 (29)
Bespreken VGV				
Altijd	-	-	-	-
Meestal wel	-	-	-	-
Soms	-	-	-	-
Meestal niet	8 (6)	-	-	1 (6)
Nooit	104 (80)	4 (100)	9 (100)	15 (88)
Taak beroepsgroep				
Nee	72 (55)	3 (75)	4 (44)	10 (59)
Ja	20 (15)	1 (25)	1 (11)	2 (14)
Weet niet	36 (28)	-	4 (44)	5 (29)

#### ***Leerkrachten, leerkrachten gym, directie en ondersteunend personeel van basisscholen in Tilburg***

Bijna de helft van de leerkrachten en 36% van het ondersteunend personeel van scholen in Tilburg vindt net als in Amsterdam dat zij gemiddelde/algemene kennis hebben over VGV. De andere helft van de leerkrachten (49%) en de meerderheid van de leerkrachten gym (67%), directie (75%) en ondersteunend personeel (64%) vinden dat zij weinig kennis hebben over het onderwerp VGV.

Gelijk aan de resultaten van Amsterdam, vinden de leerkrachten, schooldirectie en ondersteunend personeel dat de kennis die zij hebben over VGV niet voldoende is om VGV te bespreken met moeders uit risicolanden. Met een moeder, van een meisje afkomstig uit een risicoland, wordt dan ook meestal niet of nooit besproken of zij plannen heeft om haar dochter te laten besnijden.

De meerderheid van de leerkrachten (65%), leerkrachten gym (67%) en directie (75%) vindt dat het bespreken van VGV met moeders uit risicolanden dan ook niet tot hun

taak behoort. Dit komt in grote lijnen overeen met de gevonden resultaten in Amsterdam. Ondersteunend personeel van basisscholen in Tilburg is verdeeld over de vraag of het bespreken van VGV tot hun taken zou moeten behoren.

Tabel 10. Kennis en bespreken VGV basisscholen, Tilburg

	Leerkrachten n (%)	Leerkrachten gym n (%)	Directie n (%)	Ondersteunend n (%)
N	68	3	8	11
Omschrijven kennis				
Weinig	33 (49)	2 (67)	6 (75)	7 (64)
Gemiddeld/algemeen	32 (47)	1 (33)	2 (25)	4 (36)
Veel/gedetailleerd	2 (3)	-	-	-
Voldoende kennis VGV				
Ja	6 (9)	1 (33)	1 (13)	1 (9)
Nee	54 (79)	2 (67)	7 (88)	9 (82)
Weet niet	7 (10)	-	-	1 (9)
Bespreken mogelijke VGV				
Altijd	-	-	-	-
Meestal wel	1 (2)	-	-	-
Soms	3 (4)	-	-	-
Meestal niet	30 (44)	-	3 (38)	2 (18)
Nooit	28 (41)	3 (100)	3 (38)	5 (46)
Bespreken taak beroepsgroep				
Nee	44 (65)	2 (67)	6 (75)	3 (27)
Ja	8 (12)	1 (33)	1 (13)	3 (27)
Weet niet	16 (24)	-	1 (13)	3 (27)

### ***Gynaecologen, huisartsen, verloskundigen en andere artsen in Amsterdam***

Ruim 79% van de gynaecologen en 80% van de verloskundigen in Amsterdam omschrijft zijn/haar kennis van VGV als gemiddeld/algemeen. Bij de huisartsen en andere artsen ligt dit percentage aanzienlijk lager, respectievelijk 59% en 36%. Veertig procent van de huisartsen, 11% van de verloskundigen en 33% van de andere artsen beschrijven hun kennis over VGV als weinig. Slechts 13% van de gynaecologen, 9% van de verloskundigen en 36% van de andere artsen omschrijft zijn/haar kennis over VGV als veel/gedetailleerd.

Gynaecologen, huisartsen, verloskundigen en andere artsen geven aan dat de aanwezige kennis omtrent VGV niet voldoende is om het onderwerp daadwerkelijk te bespreken met de risicogroep. Met een zwangere vrouw of een moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland wordt door de meerderheid van hen meestal niet of nooit besproken of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden. Hierop vormen de verloskundigen een uitzondering. In totaal gaf 48% van de verloskundigen aan altijd of meestal wel met een zwangere vrouw of moeder van een meisje uit een risicoland te bespreken of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden. Nog eens 7% doet dat wel.

Ruim zeven van de tien huisartsen, verloskundigen en andere artsen zien het bespreken van VGV bij moeders uit risicolanden als taak van hun beroepsgroep. Gynaecologen zijn hier minder zeker over, 50% weet niet of dit tot hun taak zou moeten behoren, net als 23% van de huisartsen en 22% van de verloskundigen. Minder dan 10% van de huisartsen, verloskundigen en andere artsen ziet het bespreken van VGV niet als hun taak, in tegenstelling tot 23% van de gynaecologen.



Tabel 11. Kennis en bespreken VGV artsen en verloskundigen, Amsterdam

	Gynaecologen n (%)	Huisartsen n (%)	Verloskundigen n (%)	Andere artsen n (%)
N	24	207	55	11
Omschrijven kennis				
Weinig	1 (4)	82 (40)	6 (11)	3 (33)
Gemiddeld/algemeen	19 (79)	122 (59)	44 (80)	4 (36)
Veel/gedetailleerd	3 (13)	2 (1)	5 (9)	4 (36)
Voldoende kennis VGV				
Ja	14 (58)	72 (35)	31 (56)	6 (56)
Nee	6 (25)	80 (39)	14 (26)	4 (36)
Weet niet	3 (13)	51 (25)	10 (18)	1 (9)
Bespreken mogelijke VGV				
Altijd	3 (13)	7 (3)	14 (26)	1 (9)
Meestal wel	1 (4)	9 (4)	12 (22)	2 (18)
Soms	4 (17)	12 (6)	4 (7)	-
Meestal niet	8 (29)	33 (16)	8 (15)	2 (18)
Nooit	8 (33)	124 (60)	16 (29)	4 (44)
Bespreken taak beroepsgroep				
Nee	6 (24)	11 (5)	3 (6)	1 (9)
Ja	5 (21)	144 (70)	40 (73)	8 (73)
Weet niet	12 (50)	48 (23)	12 (22)	1 (9)

### **Gynaecologen, huisartsen en verloskundigen in Tilburg**

Zeventig procent van de gynaecologen, 50% van de huisartsen en 90% van de verloskundigen in Tilburg vindt zijn/haar kennis over VGV gemiddeld/algemeen. Slechts enkelen (n=4) omschrijven hun kennis als veel/gedetailleerd. In tegenstelling tot gynaecologen, huisartsen, verloskundigen in Amsterdam, vindt de helft van de huisartsen en acht op de tien verloskundigen dat zijn/haar kennis over VGV voldoende is om VGV te bespreken met de vrouwelijke doelgroep. Gynaecologen zijn hierover verdeeld, 50% vindt zijn/haar kennis voldoende en 40% vindt zijn/haar kennis onvoldoende.

Ondanks dat de helft van de huisartsen in Tilburg hun kennis over VGV voldoende vinden om VGV te bespreken, doet de meerderheid van hen dit meestal niet of nooit. Ook een meerderheid van de gynaecologen bespreekt meestal niet of nooit met een zwangere vrouw of een moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden. De verloskundigen in Tilburg zijn verdeeld over of zij mogelijk plannen van besnijdenis bespreken; sommige bespreken het wel, anderen niet.

Huisartsen en verloskundigen geven wel aan het bespreken van VGV bij moeders uit risicolanden als taak van hun beroepsgroep te zien. Dit is gelijk aan de bevindingen onder huisartsen en verloskundigen in Amsterdam. De meerderheid van de gynaecologen in Tilburg staat in tegenstelling tot gynaecologen in Amsterdam negatief tegenover het bespreken van VGV met de risicogroep als taak voor hun beroepsgroep.

Tabel 12. Kennis en bespreken VGV artsen en verloskundigen, Tilburg.

	Gynaecologen	Huisartsen	Verloskundigen
	n (%)	n (%)	n (%)
N	10	32	10
Omschrijven kennis			
Weinig	2 (20)	14 (44)	-
Gemiddeld/algemeen	7 (70)	16 (50)	9 (90)
Veel/gedetailleerd	1 (10)	2 (6)	1 (1)
Voldoende kennis VGV			
Ja	5 (50)	17 (53)	8 (80)
Nee	4 (40)	9 (28)	2 (20)
Weet niet	1 (10)	6 (19)	-
Bespreken mogelijke VGV			
Altijd	-	3 (9)	1 (10)
Meestal wel	1 (10)	3 (9)	2 (20)
Soms	-	5 (16)	2 (20)
Meestal niet	3 (30)	5 (16)	3 (30)
Nooit	5 (50)	13 (41)	2 (20)
Bespreken taak beroepsgroep			
Nee	6 (60)	4 (13)	-
Ja	2 (20)	18 (56)	8 (80)
Weet niet	2 (20)	7 (22)	2 (20)

**JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen GG&GD Amsterdam en MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en buurtregisseurs in Amsterdam**

De meerderheid van de JGZ-artsen GG&GD en MOA, JGZ-verpleegkundigen GG&GD en MOA en praktijkverpleegkundigen uit Noord-Holland/Flevoland geven aan een gemiddelde/algemene of veel/gedetailleerde kennis te hebben over VGV (tabel 13). De meerderheid van de buurtregisseurs geeft aan weinig kennis te hebben van VGV.

Volgens 64% van de JGZ-artsen GG&GD, 44% van de JGZ-verpleegkundigen GG&GD en 63% van de buurtregisseurs is deze kennis niet voldoende om VGV te bespreken met de vrouwelijke doelgroep. JGZ-verpleegkundigen MOA (71%) en praktijkverpleegkundigen MOA (58%) gaven aan dat hun kennis van VGV wel voldoende is. Een meerderheid van de JGZ-artsen MOA weet niet of hun kennis voldoende is. Zij bespreken echter meestal wel met zwangere vrouwen of een moeder of zij van plan zijn hun dochter te laten besnijden. Naast JGZ-artsen MOA geeft ook een meerderheid van de JGZ-verpleegkundigen MOA (57%) aan, meestal wel of altijd met een vrouw te bespreken of zij haar dochter wil laten besnijden. De meerderheid van de JGZ-artsen en verpleegkundigen GG&GD, praktijkverpleegkundigen MOA en buurtregisseurs bespreekt meestal niet of nooit met een vrouw of zij haar dochter wil laten besnijden.

Van de JGZ-artsen GG&GD en MOA, JGZ-verpleegkundigen GG&GD en MOA en praktijkverpleegkundigen geeft een meerderheid aan dat zij het bespreken van VGV met patiënten als een taak van hun beroepsgroep beschouwen. Buurtregisseurs zien het bespreken van VGV met moeders uit risicolanden niet als taak van hun beroepsgroep.

Tabel 13. Kennis en bespreken VGV JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen GG&GD Amsterdam en MOA/GGD'en Noord-Holland/Flevoland en buurtregisseurs in Amsterdam

N	JGZ-artsen		JGZ-artsen MOA		JGZ-verpleegkundigen		JGZ-verpleegkundigen		Praktijkverpleegkundigen		Buurtregisseurs	
	GG&GD n (%)	n (%)	GG&GD n (%)	n (%)	GG&GD n (%)	n (%)	MOA n (%)	n (%)	MOA n (%)	n (%)	MOA n (%)	n (%)
	22	4	18	7	19	8						
Omschrijven kennis												
Weinig	7 (32)	-	3 (17)	2 (29)	2 (11)	5 (63)						
Gemiddeld/algemeen	15 (68)	3 (75)	14 (78)	3 (43)	15 (79)	2 (25)						
Veel/gedetailleerd	-	1 (25)	1 (6)	2 (29)	2 (11)	-						
Voldoende kennis VGV												
Ja	7 (32)	1 (25)	8 (44)	5 (71)	11 (58)	1 (13)						
Nee	14 (64)	1 (25)	8 (44)	2 (29)	8 (42)	5 (63)						
Weet niet	-	2 (50)	2 (11)	-	-	1 (13)						
Bespreken mogelijke VGV												
Altijd	1 (5)	1 (25)	2 (11)	1 (14)	1 (5)	-						
Meestal wel	1 (5)	3 (75)	2 (11)	3 (43)	3 (16)	-						
Soms	3 (14)	-	-	1 (14)	5 (26)	-						
Meestal niet	5 (23)	-	2 (11)	-	4 (21)	-						
Nooit	11 (50)	-	10 (56)	2 (29)	5 (26)	6 (75)						
Bespreken taak beroepsgroep												
Nee	1 (5)	-	-	1 (14)	1 (5)	4 (50)						
Ja	19 (86)	4 (100)	17 (94)	6 (86)	15 (79)	1 (13)						
Weet niet	1 (5)	-	1 (6)	-	2 (11)	1 (13)						

**JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen GGD Hart voor Brabant en MOA Brabant en Zeeland, buurtcentra en overige organisaties in Tilburg**

Van de JGZ-artsen MOA, JGZ-verpleegkundigen GGD en MOA en praktijkverpleegkundigen MOA Brabant en Zeeland omschrijft de meerderheid zijn/haar kennis over VGV als gemiddeld/algemeen (tabel 14). Eén JGZ-verpleegkundige MOA en één praktijkverpleegkundige MOA geven aan veel/gedetailleerde kennis over VGV te bezitten. De meerderheid van medewerkers van buurtcentra en overige organisaties geven aan dat hun kennis over VGV weinig is. Zij vinden dan ook dat zij onvoldoende kennis hebben om VGV te bespreken met de vrouwelijke doelgroep. Alle JGZ-artsen MOA en 50 % van de verpleegkundigen GGD en 43% van de verpleegkundigen MOA vindt zijn/haar kennis wel voldoende om VGV te bespreken met de risicogroep. Ruim de helft van de praktijkverpleegkundigen MOA rapporteert dat de kennis over VGV die hij/zij heeft, onvoldoende is om het onderwerp te bespreken.

Alle JGZ-artsen, één JGZ-arts MOA, twee JGZ-verpleegkundigen MOA en één praktijkverpleegkundige MOA bespreken meestal wel of altijd met een vrouw of moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland of zij plannen heeft om haar dochter te laten besnijden.

Gelijk aan de buurtregisseurs in Amsterdam, bespreken medewerkers van buurtcentra en overige organisaties meestal niet of nooit met een vrouw of moeder of zij haar dochter wil laten besnijden.

De meerderheid van de JGZ-artsen MOA (100%), JGZ-verpleegkundigen GGD (75%), JGZ-verpleegkundigen MOA (57%) en praktijkverpleegkundigen (64%) vindt dat het bespreken van VGV bij aanstaande en jonge moeders uit risicolanden een taak van hun beroepsgroep is. Dit komt overeen met hetgeen JGZ-artsen en verpleegkundigen van Stichting MOA/GGD'en Noord Holland/Flevoland rapporteren.

In tegenstelling tot buurtregisseurs in Amsterdam geeft 38% van de medewerkers van buurtcentra en 30% van de medewerkers van overige organisaties aan dat zij het bespreken van VGV met cliënten wel als taak zien van hun beroepsgroep.

Tabel 14. Kennis en bespreken VGV JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen GGD Hart voor Brabant en MOA Brabant en Zeeland, buurtcentra en overige organisaties in Tilburg

N	JGZ-artsen		JGZ-artsen		JGZ-verpleegkundigen		JGZ-verpleegkundigen		Praktijkverpleegkundigen		Buurtcentra		Overige organisaties	
	GGD n (%)	MOA n (%)	GGD n (%)	MOA n (%)	GGD n (%)	MOA n (%)	GGD n (%)	MOA n (%)	GGD n (%)	MOA n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2	3	4	7	14	8	10							
<b>Omschrijven kennis</b>														
Weinig	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 (63)	-	-	5 (50)
Gemiddeld/algemeen	2 (100)	3 (100)	4 (100)	6 (86)	13 (93)	3 (38)	-	1 (7)	1 (7)	1 (10)	3 (38)	-	4 (40)	
Veel/gedetailleerd	-	-	-	1 (14)	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (10)	
<b>Voldoende kennis VGV</b>														
Ja	2 (100)	3 (100)	2 (50)	3 (43)	4 (29)	1 (13)	-	-	-	-	1 (13)	-	-	-
Nee	-	-	1 (25)	3 (43)	8 (57)	7 (88)	-	-	-	-	7 (88)	-	-	9 (90)
Weet niet	-	-	1 (25)	-	2 (14)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Bespreken mogelijke VGV</b>														
Altijd	1 (50)	1 (33)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meestal wel	1 (50)	-	-	2 (29)	1 (7)	-	-	1 (7)	1 (7)	1 (10)	1 (13)	-	1 (10)	
Soms	-	-	3 (75)	-	-	-	-	-	-	2 (25)	2 (25)	-	1 (10)	
Meestal niet	-	-	-	2 (29)	3 (21)	-	-	3 (21)	3 (21)	2 (25)	2 (25)	-	1 (10)	
Nooit	-	1 (33)	-	3 (43)	8 (57)	-	-	8 (57)	8 (57)	5 (63)	5 (63)	-	6 (60)	
<b>Bespreken taak beroepsgroep</b>														
Nee	-	-	-	3 (43)	1 (7)	-	-	1 (7)	1 (7)	1 (13)	1 (13)	-	4 (40)	
Ja	2 (100)	3 (100)	3 (75)	4 (57)	9 (64)	3 (38)	-	9 (64)	9 (64)	3 (38)	3 (38)	-	3 (30)	
Weet niet	-	-	-	-	4 (29)	-	-	4 (29)	4 (29)	3 (38)	3 (38)	-	1 (10)	

## **4.2 Onderzoek onder Somalische vrouwen in Tilburg**

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd van het kwalitatieve onderzoek onder Somalische vrouwen in Tilburg. Eerst wordt kort besproken hoe de focusgroepinterviews zijn verlopen. Daarna wordt de kennis van de vrouwen met betrekking tot de omvang en aard van VGV beschreven, gevolgd door hun attitude ten aanzien van VGV en tot slot hun attitude ten aanzien van het verbod op VGV en andere maatregelen ter bestrijding van VGV. De vraagstelling met betrekking tot belemmerende en bevorderende factoren voor verandering wordt niet in deze paragraaf maar in hoofdstuk 6 (Conclusie en Aanbevelingen) beantwoord.

### **4.2.1 Verloop van de focusgroepinterviews**

#### ***Kenmerken van de deelnemers***

In totaal hebben 33 vrouwen deelgenomen aan de gesprekken. Twee vrouwen zijn van Ethiopische afkomst, de overige vrouwen zijn van Somalische afkomst. De leeftijd van de vrouwen varieert van 26 tot 58 jaar; de meerderheid van de vrouwen is tussen de 30 en 40 jaar oud. De vrouwen wonen 5 tot 15 jaar in Nederland, de meeste van hen meer dan 10 jaar. Het aantal kinderen dat de vrouwen hebben varieert van 0 tot 10. Er zijn geen grote verschillen tussen de groepen waar te nemen voor wat betreft leeftijd, verblijfsduur in Nederland en aantal kinderen.

De deelnemers van één groep hebben vrijwel allemaal deelgenomen aan één formele voorlichtingsactiviteit over meisjesbesnijdenis, die plaatsvond in 2001. De overige deelnemers hebben dergelijke voorlichting niet gehad. Enkele vrouwen vertelden dat ze via de televisie informatie hebben gekregen. Het wel of niet hebben ontvangen van voorlichting had tijdens de gesprekken geen merkbare invloed op de kennis en houding van de vrouwen over het onderwerp. Gezien het bovenstaande kunnen de resultaten van de gesprekken gezamenlijk worden geanalyseerd.

#### ***Verloop van de gesprekken***

Het inhoudelijke gedeelte van de gesprekken duurde 75-85 minuten. De gesprekken verliepen op een prettige manier. Vrijwel alle vrouwen waren bereidwillig en open in het geven van hun meningen over VGV. Enkele deelnemers konden slechts een deel van het gesprek bijwonen. De term VGV is overigens niet gehanteerd. De vrouwen spreken het liefst over meisjesbesnijdenis. Ondanks enkele beperkende omstandigheden (zie Hoofdstuk 5. Discussie) is een grote hoeveelheid bruikbare gegevens verzameld.

### **4.2.2 Omvang en aard van VGV**

Deze paragraaf geeft antwoord op de vraag hoe vaak, volgens Somalische vrouwen in Tilburg, VGV voorkomt onder de eigen bevolkingsgroep, in welke vormen, op welke leeftijd en waar. Omdat in dit hoofdstuk het perspectief van de vrouwen wordt beschreven, wordt de term meisjesbesnijdenis gehanteerd in plaats van VGV.

#### ***Vormen van meisjesbesnijdenis***

De vrouwen onderscheiden grofweg drie vormen van meisjesbesnijdenis:

1. 'faraoni': de clitoris en schaamlippen worden weggesneden en de opening wordt vervolgens dichtgenaaid.
2. 'kleine soenna' (soenna khafifa): er wordt een sneetje of prikje gemaakt in de clitoris zodat er wat bloed vloeit; of het afsnijden van een klein stukje van de clitoris hier eventueel ook onder kan vallen wordt niet geheel duidelijk.
3. de derde vorm wordt door veel vrouwen 'grote soenna' (soenna kabira) genoemd: er wordt een stukje van de clitoris afgesneden, eventueel wordt dit naar binnen gedraaid en wordt de opening tussen de schaamlippen gedeeltelijk dichtgenaaid. Hierbinnen zijn veel variaties mogelijk.

Sommige vrouwen zien de derde vorm als een variatie van de faraonische besnijdenis. Zij onderscheiden slechts twee vormen: de faraonische besnijdenis, die in verschillende variaties voorkomt, en de soenna besnijdenis, die voor hen alleen de 'kleine soenna' betekent.

*"Zij snijden een klein beetje, en zij zien (dat er een) klein beetje bloed komt..."*

*"... klein beetje sneetje, maar hoeft niet iets af te halen."*

*"..het is alleen een prikje, beetje bloed."*

Deze 'kleine soenna' vergelijken enkele vrouwen met de besnijdenis bij jongens.

### **Voorkomen van meisjesbesnijdenis nu en over tien jaar**

Vrijwel alle vrouwen zeggen in eerste instantie dat besnijdenis van Somalische meisjes in Nederland nu niet meer voorkomt. Doorvragend blijken sommige vrouwen toch anders te denken. Met name de kleine soenna besnijdenis zou misschien nog wel voorkomen ('als mensen het echt willen dan zoeken ze een mogelijkheid'). Enkele vrouwen hebben gehoord dat het gebeurt, bijvoorbeeld in Rotterdam of Amsterdam, of dat er mensen zijn die erover denken het te laten doen. Ook heeft een vrouw tijdens een voorlichtingsbijeenkomst over meisjesbesnijdenis vernomen dat er mensen zijn die hun dochter op vakantie in het buitenland laten besnijden. Een ander vrouw zegt dat er misschien nog mensen zijn die zelfs de faraonische besnijdenis willen en naar Somalië of een ander land gaan om het daar te laten uitvoeren. Percentages kunnen de vrouwen niet geven; ze denken dat het gaat om heel weinig mensen die het (misschien) nog doen.

Een sleutelpersoon merkt op dat niemand komt vertellen dat haar dochter besneden is, omdat het strafbaar is.

*"Iedereen houdt het gewoon geheim".*

Zij meent dat nog veel mensen de kleine soenna voor hun dochters willen omdat ze erin geloven. Als ze de gelegenheid krijgen zouden ze het doen.

Twee vrouwen denken dat het echt niet meer gebeurt omdat de ouders het niet meer willen.

*"... Ik denk dat de ouders het ook ouderwets vinden, .....dus niemand wil de dochters laten besnijden, ja echt waar. Het is alleen maar jongens, maar bij meisje ... iedereen zegt nu 'laat maar'."*

*".....Ik heb nooit gehoord dat iemand het wil gebruiken of gebruik (heeft) gemaakt... dat was ouderwets en de mensen willen ook niet en er is ook veel over gesproken en gezegd 'dat mag niet, het is niet ons geloof, wij mogen (dat) niet volgen' .....(soenna) ook niet."*

De meeste vrouwen verwachten dat over tien jaar meisjesbesnijdenis niet meer of maar heel weinig zal voorkomen in Nederland. Maar ook hierover is twijfel voelbaar, met name wat betreft de (kleine) soenna besnijdenis.

*"Het zou toch kunnen. Sommige mensen willen nog soenna. Het zou kunnen zijn dat ze het stiekem doen"*

*"...misschien wel vluchtelingen uit Soedan, Egypte of Somalië.."*

Een vrouw denkt dat de soenna besnijdenis nooit gaat stoppen, omdat er veel mensen geloven dat soenna door de profeet is aangeraden.

### **De leeftijd en plaats van besnijdenis**

De leeftijd waarop meisjes in Somalië besneden worden ligt tussen de 6 en 12 jaar, waarbij de precieze leeftijd door de ouders zelf wordt bepaald. Daarnaast wordt opgemerkt dat meisjes ook als baby soenna besneden kunnen worden.

*"...dan voelt het kind niets, dat is veel makkelijker, de wond is niet groot en dat*

*doen ze om (de clitoris?) niet te laten groeien, blijft binnen het lichaam, om netjes te houden.”*

Tevens noemt een vrouw een geval van meisjes van 13 jaar of ouder die in het buitenland besneden zouden zijn. De reden voor het besnijden op deze leeftijd zou enerzijds zijn dat de ouders eerder niet de gelegenheid kregen omdat het in Nederland verboden is, anderzijds omdat een meisje van die leeftijd ‘het’ begrijpt en geheim kan houden.

De vrouwen maken niet goed duidelijk of ze weten, (via via) gehoord hebben of vermoeden dat meisjesbesnijdenis op dit moment wel of niet op Nederlandse bodem plaatsvindt. Somalische meisjes uit Nederland zouden volgens sommige vrouwen misschien wel in het buitenland worden besneden: in Somalië of andere landen, zoals Egypte, Ethiopië, Kenia, Soedan en Djibouti. Europese landen worden niet genoemd. Ook wordt opgemerkt dat ouders die hun dochter wel laten besnijden, de plaats van het gebeuren geheim houden.

#### **4.2.3 Attitude ten aanzien van VGV**

In deze paragraaf komen achtereenvolgens aan bod: de redenen waarom Somalische ouders in Nederland nu (misschien) hun dochters (willen) laten besnijden; de eigen mening van de vrouwen en hoe zij daarin veranderd zijn sinds hun komst naar Nederland; de kennis over nadelen van meisjesbesnijdenis; en de attitude (en intentie) van de vrouwen ten aanzien van besnijdenis van hun eigen (klein)dochter(s).

##### ***Redenen waarom ouders meisjes willen laten besnijden***

Volgens de vrouwen werden meisjes vroeger faraonisch besneden omdat dat hoorde. Het was een traditie, een culturele gewoonte. Besnijdenis was nodig voor behoud van de maagdelijkheid van het meisje, om haar te beschermen. Ook hygiëne zou een reden geweest zijn. Als een meisje niet besneden was hoorde ze er niet bij. Bovendien zou ze geen goede huwelijkspartner kunnen krijgen.

*“(De moeder) wil gewoon haar dochter beschermen. Tegen jongens en verliefdheid. Dat ze gewoon buiten kan spelen met jongens. Als ze besneden is, dan heeft de moeder geen zorgen meer.”*

*“Als een meisje niet besneden is, dan mijden andere meisjes haar, als zij niet besneden is, is zij vies. Niet bij haar komen. Zij is niets waard.”*

De traditionele faraonische besnijdenis heeft volgens de vrouwen niets met de religie te maken, hoewel veel mensen dat vroeger wel dachten.

Wat betreft de (kleine) soenna besnijdenis vormt de religie volgens de vrouwen wel een belangrijke reden voor het wel of niet afwijzen daarvan.

*“De (kleine) soenna is iets waar je in gelooft. De (kleine) soenna is iets goeds, als je het doet dan krijg je iets van een beloning..... er zijn mensen die zeggen ‘ik wil die beloning’.”*

Vanuit de religie wordt geen eenduidige boodschap verspreid: sommige imams zeggen dat meisjes beter niet besneden kunnen worden en andere imams zeggen van wel. Er zijn twee gangbare interpretaties van de Hadith (woorden van de profeet).

*“....soenna is een religieus aspect eigenlijk. De één zegt wel de ander zegt niet.....  
...soenna betekent: als je dat doet, het is goed voor jou. Als je het niet doet, er is geen straf. De traditie bestond heel lang al, eigenlijk. Voor de Christenen, voor de islam ook...  
en toen de islam kwam was het al een heel oude traditie. De profeet.....hij zag dat vrouwen er veel aan hechten, dat ze het niet los wilden laten. Hij heeft (toen) gezegd ‘jullie moeten dit stoppen’, maar het was niet makkelijk om dat zo maar te zeggen. Dus hij zei: ‘in plaats van zo’n grote operatie, doe dan maar een klein beetje, omdat je er heel*



*erg aan hecht.' En zo hebben heel veel mensen het overgenomen. (zij denken:) 'Het is goed. De profeet heeft (het) gezegd. Ik wil het doen, het is een soenna, dan krijg ik wel een beloning'.*"

De geloofsovertuiging is volgens de vrouwen vaak doorslaggevend bij de beslissing van mensen om hun dochter te laten besnijden. Cultuur speelt veel minder een rol, die is van vroeger, die kunnen ze loslaten. Ook de Nederlandse wet zou minder belangrijk zijn dan de geloofsovertuiging.

*"Mensen die echt geloven dat besnijdenis goed is, die willen het ook, die nemen zelf de beslissing en zoeken mogelijkheid het te doen."*

Ook wordt opgemerkt dat (kleine) soenna gemakkelijk is, dat wil zeggen een hele kleine ingreep is, die geen lichamelijke klachten veroorzaakt. Voor veel mensen zou dit mede een reden zijn om de (kleine) soenna besnijdenis te willen. Aan de andere kant geven meerdere vrouwen aan dat soenna besnijdenis niet meer belangrijk is om een goede echtgenoot te krijgen en geen invloed heeft op de maagdelijkheid.

De invloed van de mening van mannen en vaders kan volgens de vrouwen verschillend zijn. Mannen willen als toekomstige huwelijkspartner soms niets weten van besnijdenis omdat zij de problemen ervan kennen bij de geslachtsgemeenschap en de bevalling. Veel mannen zouden ook de (kleine) soenna besnijdenis afwijzen. Sommige vaders zouden echter nog wel voorstander zijn van besnijdenis van hun dochters omdat ze toch nog hechten aan het idee van maagdelijkheid, bescherming van hun dochters en vanwege de eer van de familie. Andere vaders zouden het tegenwoordig juist afwijzen. Als de moeder zelf of haar familie de dochter wel wil laten besnijden dan is de mening van de man vaak ondergeschikt.

Sommige vrouwen geven aan dat de wens en druk van familieleden in Somalië ook op dit moment een reden kan zijn voor de wens van Somalische ouders in Nederland om hun dochter te laten besnijden.

### ***De eigen mening over meisjesbesnijdenis***

Alle vrouwen zijn tegen de faraonische besnijdenis omdat ze de gevolgen ervan zelf of van dichtbij hebben meegemaakt.

*"Hoe mensen dat vroeger deden, dat was heel slecht."*

*"Als je het meisje (faraonisch) besnijdt en dan weer dicht maakt, iedereen weet dat je dan ziek wordt. De oude mensen zeggen dat het moet. Maar op dit moment zijn wij groot en we hebben de problemen en ziekte gezien..."*

Ook zijn ze ervan overtuigd dat deze vorm van besnijdenis volgens hun religie niet mag. Het Nederlandse verbod op besnijdenis lijkt geen of weinig invloed te hebben op deze mening.

Over de soenna besnijdenis hebben de vrouwen verschillende meningen. De verschillen zijn vooral een gevolg van de verschillende interpretaties van de Hadith (woorden van de profeet). Sommige vrouwen geloven dat de profeet volgens de overlevering meisjesbesnijdenis het liefst helemaal wilde stoppen, maar gezien de hechte traditie van faraonische besnijdenis in die tijd, het advies gaf om het dan maar in hele lichte vorm te doen. Ook in de Koran is geen aanwijzing te vinden dat meisjes besneden moeten worden. Deze vrouwen wijzen de soenna besnijdenis nu af.

*"(soenna) Moet je niet in geloven. Hij probeerde om mee te stoppen, onze profeet. Hij zei: 'als jullie (daarmee) niet kunnen stoppen, doe (dan) maar niet diep ingaan (besnijden).' Als ik de Koran lees, het staat er echt niet in. Dus moeten wij er mee stoppen. Het is niet goed."*

Een vrouw maakt bovendien een vergelijking met andere islamitische landen.

*“Als iets van mijn geloof komt, dan moet ik het doen. Maar in andere islamitische landen, zoals Marokko, Turkije en Arabische landen zijn vrouwen niet besneden. Ik vraag me af: Waarom doen wij het zelf wel?”*

Daarnaast geeft een vrouw aan dat ze het nut van soenna besnijdenis niet ziet.

*“Als ik naar mezelf kijk, dan is soenna niet belangrijk. ....Sommige mensen denken dat als een meisje besneden is dan gaan die meisjes niet met mannen slapen, maar dat kan (wel) gebeuren met soenna. Als een meisje een man wil dan kan zij alles doen. Een meisje moet het zelf beslissen..... soenna en faraonisch, volgens mij zijn ze allebei niet belangrijk, alle twee niet goed.”*

Eén vrouw verwijst in haar argumentatie expliciet naar mishandeling.

*“Toen ik getrouwd ben, heb ik de pijn daar onder ervaren. Ik wil geen besnijdenis, helemaal niet.... soenna is niet belangrijk, er komt (ook) bloed. Als je soenna doet, komt er ook pijn. Bij alle twee komt pijn.....Waarom doen mensen pijn?”*

Andere vrouwen staan neutraal of positief tegenover de soenna besnijdenis. Zij menen dat het vanuit de religie wel mag, dat de profeet de keuze aan de ouders heeft gelaten.

*“Soenna besnijdenis is heel anders. De profeet zegt je mag het zo laten of je mag alleen een beetje (laten) bloeden, als jij het wilt. Het is een keuze, het moet niet, het mag alleen.”*

Bovendien vinden zij dat de soenna besnijdenis een hele kleine ingreep en geen nadelige gevolgen voor de gezondheid heeft.

*“Soenna is makkelijk. Alleen klein beetje bloed komen maar niet dichtdoen, is niet moeilijk.”*

Eén vrouw noemt een ander argument vóór de soenna besnijdenis: het kleine beetje bloed dat vloeit zou de vrouw tegen al te heftige seksuele verlangens beschermen. De mening over de soenna besnijdenis wordt bij de meeste vrouwen sterk beïnvloed door hun geloofsovertuiging.

*“Eerlijk gezegd ik wil geen besnijdenis doen. (ook) geen soenna..... Want ik weet wat ik heb meegemaakt. Als in de Koran (zou staan dat) soenna moet, dan had ik (het) gedaan. Maar in mijn Koran, in mijn geloof, zegt (dat) niet, dan laat ik (het) gewoon zo. En de profeet heeft ook gezegd de keus is voor jou.”*

*“Als je het geloof echt gelooft dan heb je geen andere mening. Dan geloof je wat in het geloof staat.”*

Tot slot maakt een vrouw de vergelijking tussen de soenna besnijdenis en piercing. Zij vindt piercing veel erger dan de (kleine) soenna besnijdenis en zij denkt dat dit in Nederland al bij hele jonge meisjes gebeurt.

### **Veranderingen in houding ten aanzien van meisjesbesnijdenis**

Meer dan tien jaar geleden, toen ze nog in Somalië woonden, dachten de meeste vrouwen dat besnijdenis normaal was. In de meeste gevallen ging het toen om de faraonische vorm. Sommige vrouwen zijn in Somalië al van mening veranderd doordat ze via voorlichting over de gezondheidsrisico's (in de periode vóórdat President Siad Barre het land verliet (1991)) en vanuit de geloofsverdieping geleerd hadden dat de faraonische besnijdenis niet goed is. Ook hadden zij daar al begrepen dat soenna besnijdenis vanuit de religie niet hoeft maar wel mag (met twee verschillende interpretaties en meningen over soenna als gevolg). Door hun komst naar Nederland zijn zij niet veranderd van mening. Niettemin geven enkele vrouwen aan dat zij in de beginjaren in Nederland onder druk van de familie toch dochters hebben laten besnijden, ook al wisten ze al dat het niet goed is.

Andere vrouwen zijn van mening veranderd na hun komst naar Nederland. Zij hadden in Somalië geen voorlichting gehad. In Nederland zijn zij in aanraking gekomen met andere opvattingen, onder andere via de informatie die zij hier kregen over meisjesbesnijdenis en het verbod erop.

Volgens een sleutelpersoon is sinds de komst van Somaliërs naar Nederland hun mening over meisjesbesnijdenis in het algemeen veranderd. In eerste instantie wilden de vrouwen hun dochters wel laten besnijden, maar dat kon hier niet omdat er geen dokters waren die het wilden doen. Toen zijn er wel mensen uit het buitenland gehaald om meisjes te besnijden. Maar later ontstond er onder de Somaliërs in Nederland meer discussie over de vraag waarom hun meisjes besneden moesten worden. Ook dankzij de voorlichting zijn er langzaam veranderingen gekomen.

De eigen ervaring met besnijdenis heeft veel bijgedragen aan de veranderde mening over besnijdenis, in ieder geval wat betreft de faraonische besnijdenis en in sommige gevallen ook de soenna besnijdenis. Bovendien wordt opgemerkt dat de houding ten aanzien van meisjesbesnijdenis in Somalië de afgelopen jaren ook aan het veranderen is. Dit heeft ook invloed op de Somalische gemeenschap in Nederland.

### ***Nadelige gevolgen van meisjesbesnijdenis***

De vrouwen kennen verschillende lichamelijke gevolgen van de faraonische besnijdenis: bloedverlies, bewusteloos raken en infecties direct na de besnijdenis. Ook noemen ze de mogelijke problemen later: pijn, problemen bij het urineren, de menstruatie, geslachtsgemeenschap (met name in de huwelijksnacht) en bij de bevalling. Als psychische klacht bij de faraonische besnijdenis kennen ze angst, voor het moment van besnijden, voor de mogelijkheid dat het opnieuw moet gebeuren, voor de huwelijksnacht, voor de bevalling en voor herinfibulatie.

De vrouwen denken dat de soenna besnijdenis geen nadelige gevolgen voor de gezondheid heeft.

### ***Attitude ten aanzien van besnijdenis bij hun (klein)dochter(s)***

De meeste vrouwen geven aan dat ze hun dochter(s) of kleindochter(s) niet willen laten besnijden, ook niet de soenna besnijdenis.

*“Ik vind het (soenna besnijdenis) niet zo erg als ik de faraonische besnijdenis vind, maar het is beter om het helemaal niet te doen. De dochters van mijn dochters, ik vind niet dat zij dat moeten. Die moeten gewoon zo blijven.”*

Redenen die hierbij genoemd worden zijn: ‘vanwege mijn eigen ervaring, de pijn’, ‘het is niet meer belangrijk’, ‘is niet nodig’, ‘meisjes moet je vrij laten’. Dit geldt ook voor een aantal vrouwen die eerder hebben aangegeven dat ze de soenna besnijdenis niet erg vinden en vinden dat deze vorm is toegestaan vanuit hun religie.

Eén vrouw spreekt uit dat ze haar dochter misschien wel soenna wil laten besnijden. Zij gelooft erin en vindt deze vorm niet zo erg. Bovendien vindt ze het nog steeds bij haar cultuur horen en wil haar familie het graag. Haar man wil het echter niet. Een andere vrouw zegt dat ze haar kleindochters, die in Somalië leven, wel zou willen laten besnijden. Twee vrouwen willen de beslissing over soenna besnijdenis aan hun dochter zelf overlaten.

*“Ik vertel mijn dochter alles, wat betekent soenna en faraoni, (dat) de soenna niet moet, (maar) alleen mag..... Als zij zegt ‘nee’, (of) als zij zegt ‘ja’, zij (mag) zelf kiezen.”*

Niemand heeft aangegeven daadwerkelijk van plan te zijn (intentie) om de eigen (klein)dochter te laten besnijden. In de gesprekken is steeds verwezen naar de mening daarover en de wens daartoe. Gezien het verbod in Nederland is het ook niet waarschijnlijk dat de daadwerkelijke intentie in dit verband wordt uitgesproken.

#### 4.2.4 Attitude ten aanzien van het verbod en andere maatregelen

In deze paragraaf wordt de houding van de vrouwen ten aanzien van het Nederlandse verbod op VGV en andere beleidsmaatregelen ter bestrijding van VGV besproken.

##### **Verbod**

De vrouwen vinden het goed dat er in Nederland een verbod bestaat op de faraonische besnijdenis. Wat betreft de soenna besnijdenis verschillen de meningen. Sommige vrouwen zijn blij met het totale verbod, maar andere vrouwen geven aan dat ze dat niet goed vinden. Ook sommige vrouwen die de soenna besnijdenis zelf wel afwijzen vinden het niet goed of 'leuk' dat het verboden is. Zij benadrukken dat het een beslissing moet zijn van de ouders zelf en/of dat de overheid er op moet vertrouwen dat ouders het beste voor hebben met hun kinderen.

*“Ik vind het (Nederlandse verbod) goed, maar ik vind het soms ook niet goed. Ik heb twee dochters, die zijn in Nederland geboren en ze mogen (wegens het verbod) niet besneden worden. Ik vind dat niet leuk. Ik wil graag zelf beslissen wat ik doe, niet om wat jullie zeggen, niet om wat iemand anders zegt. Ik kan uitleggen waarom mijn dochters niet besneden mogen worden. Als ze (van de regering) uitleggen dat is gevaarlijk, dan kan ik luisteren en nadenken over wat ik wil...Ik voel wat het beste is voor mijn kindje, niemand weet dat, geen Somaliër, geen Nederlander. Het beste voor mijn kindje, (dat) weet ik.”*

Veel vrouwen hechten meer belang aan de eigen mening en wil (met name gevormd door de religie), dan aan de Nederlandse wet.

*“...als ik wil stoppen dan wil ik voor mijzelf stoppen en niet voor Nederland en niet voor een ander land. Als iemand wil stoppen, dan kan zij zelf stoppen, maar als zij niet wil dan kunnen jullie niet zeggen dat zij moet stoppen.”*

In plaats van een (totaal) verbod op besnijdenis pleit een aantal vrouwen voor een werkwijze waarbij, met respect voor de cultuur en hun religie, voorlichting wordt gegeven en gevraagd wordt om bepaalde gewoonten, waaronder meisjesbesnijdenis, te stoppen.

*“...Maar als Nederland zegt ‘kunnen jullie alsjeblieft stoppen?’ en zou uitleggen waarom het niet goed is voor het kind, dan stoppen we uit respect. Maar als Nederland zegt ‘mag niet’, dan is er geen respect.”*

Zo zou een verbod op het dragen van hoofddoekjes door meisjes op school ook niet goed vallen.

*“Als Nederland zegt alle meisjes moeten naar school zonder hoofddoek, dan ik het niet horen. Dat wil ik niet, dat kan ik niet. Ik (zal) misschien een ander land zoeken. Maar als je zegt ‘alsjeblieft’, zo misschien, dan kan ik mijn hoofddoek weghalen. Als je het zegt met respect..... maar als je zegt moet, dat kan niet.”*

Volgens de vrouwen zijn sommige Somaliërs de afgelopen jaren uit Nederland vertrokken omdat meisjesbesnijdenis hier helemaal verboden is. Eén vrouw merkt op dat wanneer soenna toegestaan zou zijn, de Nederlandse regering misschien bang is dat sommige mensen er misbruik van maken en toch zwaardere vormen van besnijdenis zullen toepassen. Een andere vrouw vraagt zich af waarom meisjesbesnijdenis in soenna vorm wel onder kindermishandeling valt en besnijdenis bij jongens niet.

*“...de besnijdenis van jongens, is niet mishandeling, waarom voor de meisjes wel? Waarom vindt de regering soenna verkeerd?”*

##### **Verplichte controle**

Alle vrouwen behalve één zijn tegen een verplichte controle op meisjesbesnijdenis.

Hierbij denken ze aan controles op Schiphol bij binnenkomst van vluchtelingen in Nederland of bij terugkeer na vakantie. Ook de mogelijkheid van controle via de huisarts of JGZ-arts wordt afgewezen.

*“Ze gaan van onder kijken, dat is niet goed. Dat mag niet.”*

*“Elke keer dochter controleren kan niet, hè. Boos worden die ouders. Dat is probleem komen. Privacy.”*

De vrouwen zijn er erg op tegen dat artsen in de schaamstreek van een meisje kijken. Dat mag alleen als er lichamelijke klachten zijn.

Een aantal vrouwen is bovendien van mening dat controle op besnijdenis geen enkele zin heeft. De faraonische besnijdenis komt volgens hen niet meer voor.

*“Hoeft niet want de mensen weten dat besnijdenis schadelijk is. Niemand doet pijn aan een kind, want iedere moeder heeft besnijdenis meegemaakt.”*

Daarnaast zeggen zij dat de (kleine) soenna besnijdenis niet erg is en zo klein is dat het onzichtbaar is, ook voor een controlerende arts.

*“soenna is niet erg. soenna kan ik ook doen, gewoon een beetje bloed uitkomen en niemand merkt soenna. soenna kun je niet merken. Als het je afknipt dan wel. soenna kan je niet zien.”*

*“Ga je (bijvoorbeeld) een gewoon prikje ook controleren? Komt gewoon bloed. Kun je dat dan zien aan mijn vinger, nee hè? Het is geen besnijdenis of zo. Het is een prikje.”*

Eén vrouw is voorstander van controle op meisjesbesnijdenis, en wel via de GGD.

*“Ik wil dat er hele strenge maatregelen tegen de besnijdenis komen. ....Geen school, geen huisarts, alleen bij de GGD laten controleren, bij een vrouwelijke arts. Dan hoeft het kind zich ook niet te schamen..... Ik vind het heel belangrijk dat iedere meisje de kans krijgt om gewoon te leven. Zonder besnijdenis. Besnijden is heel erg.”*

### **Voorlichting en scholing imams**

Alle vrouwen vinden dat voorlichting heel belangrijk is en moet voortduren. De reden die zij hiervoor aanvoeren is dat sommige mensen misschien wel weten dat het niet goed is, volgens de religie niet hoeft en in Nederland verboden is, maar toch hun dochters willen laten besnijden.

*“Sommige mensen geloven nog steeds dat besnijdenis goed is. Zij begrijpen het niet. Zij denken als dat mag van de profeet, dat mag dus. En daarom is voorlichting heel belangrijk....”*

Andere vrouwen vinden voorlichting ook belangrijk omdat er misschien toch nog mensen zijn die de faraonische besnijdenis voor hun dochter willen en daarvoor naar het buitenland gaan.

Volgens de vrouwen moet de voorlichting gericht zijn op de moeders, dochters, vaders en (ongehuwde) mannen. Een vrouw stelt voor om moeders en dochters samen voorlichting te geven in plaats meisjes op school of via de media voor te lichten.

*“In plaats van in de media of op school, zeg maar, in het openbaar, zou het misschien beter zijn om moeders met meisjes samen uit te nodigen om hun voorlichting te geven.... In plaats van op school, want kinderen schamen zich verschrikkelijk. En wij ook, als het op televisie komt, wij schamen ons. Het gaat om ons, om ons lichaam eigenlijk.”*

Getrainde imams kunnen volgens de vrouwen een belangrijke rol spelen in de voorlichting want de religie vormt voor ouders een belangrijke reden om hun dochters soenna te (willen) laten besnijden.

*“.....in plaats van naar de Nederlandse wetten te luisteren, is het beter dat de (voorlichtingsboodschap) van de boeken en de religie komt. Het is beter dat mensen van de religie de voorlichting geven.”*

*” ...Die moeten getraind worden, eigenlijk hè. De mensen van geloof.”*

### ***Mening over de manier waarop de politiek en de media VGV behandelen***

De vrouwen hebben veel moeite met de manier waarop in Nederland, zowel door leden van de Tweede Kamer, als door de media het onderwerp meisjesbesnijdenis wordt besproken. Volgens hen wordt er heel veel gezegd over hun religie, over moslims en over meisjesbesnijdenis dat niet overeenkomt met de werkelijkheid. Er wordt gegeneraliseerd en gestigmatiseerd. De vrouwen ervaren het als zeer kwetsend. Doordat het onderwerp meisjesbesnijdenis in het openbaar wordt besproken schamen de vrouwen zich en worden de dochters door klasgenootjes op school gepest. Ze vragen meer respect, meer gerichte voorlichting voor de doelgroep zelf en minder aandacht in het openbaar.

Sommige vrouwen begrijpen niet goed waarom de Nederlandse overheid zoveel aandacht schenkt aan het onderwerp meisjesbesnijdenis, inclusief de soenna besnijdenis, terwijl de consumptie van qat ('chat') door Somalische mannen een veel groter probleem vormt voor hun en de kinderen.

*“Jullie bestrijden besnijdenis. Maar ik wil dat jullie ‘chat’ bestrijden. Dat is schadelijk voor kinderen, schadelijk voor vrouw en schadelijk voor familie. Ik wil echt dat jullie even nadenken. Als Nederland de problemen van Somaliërs wil oplossen, dan moeten jullie dat stoppen. Voor kinderen (veroorzaakt dat) grote problemen. De man zit de hele avond, eet niet en overdag werkt hij niet en slaapt. .... In Zweden is het verboden. Waarom is het in Nederland vrij? De vrouw kan alleen maar een uitkering vragen terwijl de man thuis zit te slapen en nietsdoen.”*

## 5. Discussie

### 5.1 Onderzoek onder zorg- en dienstverleners en leerkrachten van basisscholen in Amsterdam en Tilburg

#### 5.1.1 Methodologische beschouwing

##### **Vragenlijsten**

In dit onderzoek is gekozen voor het gebruik van een schriftelijke enquête, waarbij binnen een korte tijd een grote groep mensen kan worden aangeschreven over een bepaald onderwerp. Een nadeel van een schriftelijke enquête is dat er slechts een beperkte hoeveelheid informatie kan worden verkregen van de onderzoeksgroep, want de vragenlijst moet kort zijn en zelfstandig kunnen worden ingevuld. Tevens moet de vragenlijst van tevoren goed worden getest bij een kleine groep uit de onderzoekspopulatie om te kijken waar punten tot verbetering van de vragenlijst liggen. Het was bij dit onderzoek niet mogelijk om in de beschikbare tijd de vragenlijst te testen. Een al geteste vragenlijst uit vergelijkend onderzoek was niet beschikbaar. Er waren wel twee vragenlijsten die waren gebruikt in eerder onderzoek onder professionals in het kader van VGV. Deze vragenlijsten waren echter opgezet om te worden gebruikt in een face-to-face interview. Om deze reden zijn slechts enkele vragen uit de vragenlijsten daadwerkelijk gebruikt in dit onderzoek (Eerenberg, 2004; Zwaan, 2004).

Een andere beperking die aan deze vragenlijst is opgelegd is het toevoegen van open vragen. Het verwerken van deze open vragen is zeer tijdrovend en niet uitvoerbaar binnen de tijd die voor dit onderzoek stond.

##### **Respons**

Bij dit onderzoek zijn alle gynaecologen, huisartsen, verloskundigen, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen GGD en MOA/GGD'en regionaal aangeschreven. Er is voor gekozen om al deze professionals in Amsterdam en Tilburg aan te schrijven en niet van tevoren een selectie te maken. Van de scholen, buurtcentra, buurtregisseurs en overige instanties is wel een selectie gemaakt op basis van de spreiding van de betreffende bevolkingsgroepen in Amsterdam en Tilburg. Dit was voor de artsen niet mogelijk, want hun patiëntenpopulatie is niet altijd een afspiegeling van de wijk waarin zij werkzaam zijn.

Het was in verband met de korte tijd waarin het onderzoek moest worden uitgevoerd, niet mogelijk om de non-respons te onderzoeken. Daardoor is het niet bekend of de respondenten een representatieve afspiegeling zijn van de gehele aangeschreven onderzoeksgroep. Om een hoge respons te verkrijgen, is gebruik gemaakt van een korte vragenlijst, is een retourenvelop bij de vragenlijst gevoegd en is na het verstrijken van de periode waarbinnen men de vragenlijst terug kon sturen, een herinneringsbrief verstuurd. Al deze methoden verhogen de respons op schriftelijke enquêtes welke met de post worden verstuurd (Edwards et al., 2002). Gezien de gevoeligheid van het onderwerp waarmee de professionals/organisaties/scholen zijn geconfronteerd en de korte tijd waarin de vragenlijsten ingevuld teruggestuurd konden worden, is de behaalde respons op de vragenlijst (ongeveer 50%) goed te noemen.

Ondanks dat beide steden dezelfde strategie hanteerden voor het aanschrijven van de personen/organisaties/scholen, ligt de respons in Tilburg hoger dan de respons in Amsterdam. Een verklaring voor de lagere respons onder met name de groep huisartsen, verloskundigen en gynaecologen is er niet direct. Mogelijk worden zij in Amsterdam dermate veel voor onderzoek benaderd dat sprake is van enige 'vermoeidheid'. De lage respons bij de scholen in Amsterdam kan liggen aan het feit dat het moment waarop de herinneringsbrieven zijn verzonden en de tijdsperiode waarin gereageerd kon worden in

dezelfde periode viel als de schoolvakantie voor Amsterdam.

Een deel van de non-respons is vermoedelijk gerelateerd aan het niet in aanraking komen met de risicogroepen voor VGV. In de brief en vragenlijsten zou specifiek vermeld kunnen worden dat indien men niet in aanraking komt met de risicogroepen, zij dit op de vragenlijst kunnen aangeven en ingevuld terug kunnen sturen.

### **5.1.2 Inhoudelijke discussie**

#### ***Aard en omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg***

##### *Leerkrachten (gym), directie en ondersteunend personeel van basisscholen*

Ondanks dat leraren en ondersteunend personeel bijna dagelijks contact hebben met de risicogroep, geven zij aan bijna nooit door direct contact geconfronteerd te zijn met besneden meisjes. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat er weinig meisjes uit de risicogroepen, die woonachtig zijn in Nederland, nog worden besneden. Het is echter ook goed mogelijk dat leerkrachten niet weten hoe zij VGV kunnen signaleren bij leerlingen. De vragen uit de vragenlijst bleken voor deze onderzoeksgroep zeer abstract en niet gericht op bijvoorbeeld gedragsveranderingen welke waarneembaar zijn bij meisjes die VGV hebben ondergaan.

Na het ondergaan van VGV kunnen meisjes introvert, stil, teruggetrokken worden en nemen hun leerprestaties af en vertonen gedragsstoornissen. Leerkrachten kunnen daardoor geconfronteerd worden met de gevolgen van VGV. Door de complicaties vertonen sommige meisjes afwijkend gedrag op school en in de klas, zoals het nemen van lange plaspauzes, het niet willen sporten. Omdat kinderen normaal gesproken vijf dagen per week op school aanwezig zijn, heeft de leerkracht een belangrijke signalerende functie. De leerkracht weet hoe een kind zich normaal gedraagt en functioneert tijdens schooluren. Als een leerkracht iets signaleert of een vermoeden heeft, kan deze indien nodig contact opnemen met een jeugdverpleegkundige of jeugdarts. Ook kan men VGV melden bij het AMK (Bijlsma-Schlösser, 2004).

##### *Gynaecologen, huisartsen, verloskundigen en andere artsen*

Gynaecologen en verloskundigen worden vaak geconfronteerd met een geval van VGV zowel ooit als in het afgelopen jaar en zowel in Tilburg als in Amsterdam. Het betreft echter weinig directe confrontaties met meisjes/vrouwen die besneden zijn na vestiging in Nederland, zowel over de periode 'ooit' (10 zorgverleners) als 'in de afgelopen 12 maanden' (6 zorgverleners). Uit de vragenlijsten kon niet worden opgemaakt indien een arts ooit was geconfronteerd met een meisje/vrouw die na vestiging in Nederland besneden was of deze meisjes/vrouwen besneden zijn in een Europees land of in het land van herkomst.

Het aantal gevallen van VGV dat artsen zien op hun spreekuur verschilt per arts. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de patiëntenpopulaties van artsen onderling verschillen.

Het aantal artsen dat complicaties als gevolg van VGV heeft geconstateerd in het afgelopen jaar is klein: de meerderheid van de gynaecologen, verloskundigen, huisartsen en andere artsen heeft in de afgelopen 12 maanden geen complicaties gezien. Het aantal complicaties per arts loopt van één tot tien. Huisartsen blijken het meest geconfronteerd te worden met complicaties als gevolg van VGV. De huisarts is dan ook degene waarbij men met medische klachten als eerste naar toe gaat en niet direct naar de specialist zoals een gynaecoloog, uroloog of chirurg.

Het aantal besneden meisjes/vrouwen dat door artsen in Amsterdam en Tilburg wordt gezien is volgens de meerderheid van de artsen gedurende de laatste jaren gelijk gebleven. Een geringer aantal artsen geeft aan dat het aantal is afgenomen en een nog geringer aantal vindt dat het aantal besneden meisjes/vrouwen dat hij/zij op het spreekuur ziet is toegenomen.



De besneden meisjes/vrouwen waren afkomstig uit zowel Somalië, Egypte, Eritrea, Ethiopië, Soedan, Sierra Leone, Nigeria en een Aziatisch land. De meisjes/vrouwen met VGV waren voornamelijk afkomstig uit Somalië. Gynaecologen en huisartsen uit Tilburg zagen minder meisjes/vrouwen die VGV hadden ondergaan dan gynaecologen en huisartsen in Amsterdam. Een verklaring voor deze scheve verdeling kan zijn dat in Tilburg minder mensen afkomstig uit Egypte, Eritrea, Ethiopië, Soedan en Sierra Leone, wonen dan in Amsterdam (StatLine databank, 2004).

Artsen blijken alle vormen van VGV tegen te komen, met name infibulatie en clitoridectomie. Circumcisie en incisie worden minder vaak gerapporteerd. De laatste twee vormen van VGV zijn niet gemakkelijk te herkennen en van incisie zijn niet altijd op latere leeftijd littekens zichtbaar.

*JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen van GG&GD Amsterdam, Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland Flevoland, GGD Hart voor Brabant en MOA Brabant en Zeeland, buurtcentra, buurtregisseurs en overige organisaties*

Van de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen komen degenen die werkzaam zijn bij de MOA/GGD'en regionaal regelmatig in contact met de risicogroep, zo ook de praktijkverpleegkundigen. Zij worden dan ook het meest geconfronteerd met gevallen van VGV. Dit is minder het geval bij JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen GGD, al is een redelijk percentage van hen ooit geconfronteerd met een geval van VGV.

Van de buurtregisseurs, buurtcentra en overige organisaties komen alleen medewerkers van laatstgenoemde regelmatig in contact met de risicogroep. Dit komt omdat hun werkzaamheden gericht zijn op onder andere de risicogroepen voor VGV. Dit in tegenstelling tot de bevolkingsgroepen waar buurtregisseurs en buurtcentra mee werken, te weten diverse bevolkingsgroepen. Ook is de taak van buurtregisseurs en medewerkers van buurtcentra minder gericht op onder andere medische klachten bij de risicogroepen en zodoende het signaleren van gevallen van VGV.

Net als bij gynaecologen, huisartsen en verloskundigen is het aantal JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen dat direct in contact is gekomen met een meisje/vrouw die na vestiging in Nederland besneden is gering. Dit onderstreept de discussiepunten die al bij de andere artsen onder het vorige kopje staan weergegeven.

Ook de bevindingen bij JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen met betrekking tot de vragen omtrent het aantal gevallen van VGV in de afgelopen 12 maanden komen overeen met de gynaecologen, huisartsen en verloskundigen.

Complicaties worden echter minder vaak gezien op het spreekuur van JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen. Mogelijk gaat de risicogroep met hun klachten eerder naar de huisarts dan naar de specialist.

Ook bij de groep JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen geeft men aan dat de besneden meisjes/vrouwen voornamelijk uit Somalië komen. Mogelijk hangt dit samen met een hogere prevalentie van VGV onder Somalische vrouwen of een grotere bekendheid bij de zorgverleners van VGV onder deze bevolkingsgroep. De praktijkverpleegkundigen van zowel Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland en Flevoland en MOA Brabant en Zeeland en JGZ-verpleegkundigen geven net als de andere artsen in beide steden aan dat zij ook besneden meisjes uit de andere aangegeven landen zien op hun spreekuur. Alle andere JGZ-artsen en verpleegkundigen nauwelijks. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat zorgverleners binnen de MOA met een grotere diversiteit binnen hun doelgroep te maken hebben dan de andere zorgverleners binnen de reguliere zorg.

#### *Algemeen*

Door sommige professionals is de vragenlijst inconsistent ingevuld. Een voorbeeld daarvan staat beschreven in paragraaf 4.1.2 onder het kopje JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen,

praktijkverpleegkundigen van GG&GD Amsterdam en Stichting MOA/GGD'en Noord-Holland en Flevoland, buurtregisseurs en overige instanties. Een ander voorbeeld is dat twee gynaecologen in tabel 4 aangeven ooit door direct contact te zijn geconfronteerd met meisjes/vrouwen die na vestiging in Nederland te zijn besneden. Daarentegen geven drie gynaecologen aan dat zij één of meerdere besneden meisjes/vrouwen in de afgelopen 12 maanden op hun spreekuur hebben gezien die na vestiging in Nederland waren besneden. Het is mogelijk dat de gynaecoloog een schatting heeft gemaakt en er niet zeker van was of de meisjes/vrouwen voor of na vestiging in Nederland besneden waren. Het van tevoren uittesten van de vragenlijst had deze andere manier van interpretatie naar boven kunnen brengen.

### ***Kennis en voorlichtingsbehoeften***

In dit onderzoek komt naar voren dat de meerderheid van de betrokken beroepsgroepen een gemiddelde kennis over VGV meent te hebben. Deze kennis wordt door leerkrachten en ondersteunend personeel van basisscholen, JGZ-artsen GG&GD Amsterdam en GGD Hart voor Brabant, JGZ-verpleegkundigen GG&GD Amsterdam, praktijkverpleegkundigen MOA Brabant en Zeeland, medewerkers buurtcentra en overige organisaties en buurtregisseurs onvoldoende bevonden voor het bespreken van VGV met de risicogroep.

De andere beroepsgroepen vinden dat hun kennis wel voldoende is om VGV te bespreken met de vrouwelijke doelgroep, maar velen doen dit niet. Het is mogelijk dat zij nooit in een situatie zijn gekomen waarbij de VGV zouden moeten bespreken met een zwangere vrouw of moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden. Waarschijnlijker is dat de kennis over VGV naar het niveau van veel/gedetailleerd moet worden gebracht en dat extra kennis over hoe VGV of plannen daartoe gesignaleerd kunnen worden bij de risicogroep moet worden bijgebracht bij de beroepsgroepen. Dit komt overeen met de resultaten van het onderzoek van Van der Kwaak et al. (2003) waarin wordt geconcludeerd dat de kennis bij de betrokken beroepsgroepen onvoldoende is. Door Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) in samenwerking met vertegenwoordigers van Stichtingen MOA, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Pharos en GGD Nederland is actie ondernomen om de kennis te verbeteren, aandacht te besteden aan het signaleren en aanpakken van VGV. Hiervoor is een stappenplan ontwikkeld (Bijlsma-Schlösser, 2004). In het voorjaar van 2005 is op initiatief van GGD Nederland gestart met het ontwikkelen van een gespreksprotocol ten behoeve van JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen voor het bespreekbaar maken van VGV.

## **5.2 Onderzoek onder Somalische vrouwen in Tilburg**

### **5.2.1 Methodologische beschouwing**

#### ***De werving***

De werving van de deelnemers aan de focusgroepinterviews is verzorgd door de contactpersonen van drie lokale organisaties. Door deze manier van werving konden gemakkelijk drie groepen gevonden worden. Om redenen van praktische en sociaal-culturele aard kon het aantal deelnemers van te voren niet goed begrensd worden, waardoor één focusgroep veel te groot was. Ook kon niet voorkomen worden dat vijf vrouwen aan twee verschillende focusgroepen deelnamen.

#### ***Kwaliteit van de verzamelde gegevens***

Net als elke andere onderzoeksmethode kent de focusgroepetechniek enkele zwakke kanten. Zo bestaat de mogelijkheid dat de aanwezigheid van bekende andere personen een remmende werking heeft op hetgeen een deelnemer uit, zeker bij gevoelige onderwerpen. Het is ook niet uitgesloten dat in groepsgesprekken mensen meer sociaal wenselijke antwoorden geven. In dit onderzoek valt niet uit te sluiten dat de vrouwen hun kennis van het voorkomen van besnijdenis deels hebben verzwegen omdat ze allen weten dat het in

Nederland verboden is. In eerste instantie had (vrijwel) niemand ervan gehoord, maar later werd wel gezegd dat het (misschien) nog kan voorkomen en dat er (misschien) mensen zijn die het willen. Wat betreft de andere onderwerpen lijken de verzamelde gegevens wel betrouwbaar. De vrouwen spraken er open over en hoewel lang niet alle vrouwen formele voorlichting hebben gehad, leek het alsof de vrouwen eerder over dit onderwerp hebben gesproken en daar geen moeite mee hebben.

De groep met 19 deelnemers was te groot voor het voeren van een goed gesprek. Sommige vrouwen en onderwerpen zijn maar beperkt aan bod gekomen. Toch waren ook uit dit gesprek voldoende elementen bruikbaar voor de analyse.

Een aantal vrouwen gaf de voorkeur aan het spreken in de eigen taal. Het bleek soms lastig om alles dat gezegd werd te vertalen, temeer omdat de vrouwen op verschillende momenten door elkaar praatten. Degenen die vertaalden namen bovendien zelf deel aan het gesprek. Deze beperkende factoren hebben waarschijnlijk invloed gehad op de diepgang en kwaliteit van de verzamelde gegevens. Door gebruik te maken van een officiële tolk zou men dit probleem deels kunnen verhelpen. Door te werken met kleinere groepen zou men de kans kunnen vergroten dat er minder door elkaar wordt gesproken, hetgeen de kwaliteit van het gesprek (en de opname) ten goede komt.

Er is een groot aantal vragen gesteld. Gezien de beperkte tijdsduur van groepsinterviews is daardoor bij sommige vragen minder diepgang bereikt dan gewenst. Hierbij hebben ook de eerder genoemde beperkingen, de beheersing van de Nederlandse taal en de groepsgrootte, een rol gespeeld.

De drie groepen vrouwen vormen een selectie van de totale groep Somalische vrouwen in Tilburg en Nederland. Waarschijnlijk zijn deze vrouwen beter geïntegreerd dan de gemiddelde Somalische vrouw, gezien hun betrokkenheid bij de activiteiten van de drie maatschappelijke organisaties die de groepen geworven hebben. Van andere minder geïntegreerde groepen zijn dus geen gegevens bekend.

Ondanks bovenstaande beperkingen is door middel van de drie groepsinterviews een grote hoeveelheid bruikbare en relevante informatie verkregen.

## **5.2.2 Inhoudelijke discussie**

### ***Voorkomen van meisjesbesnijdenis***

Op grond van de gesprekken met de vrouwen valt niet uit te sluiten dat meisjesbesnijdenis onder Somaliërs in Nederland nu voorkomt en over tien jaar nog zal voorkomen. De faraonische besnijdenis zou (misschien) nog in landen buiten Europa plaatsvinden, terwijl de soenna besnijdenis wellicht ook in Nederland wordt uitgevoerd. De leeftijd waarop het kan plaatsvinden varieert tussen nul en ouder dan 13 jaar. Dit betekent dat meisjes een langere periode dan vroeger in Somalië 'at risk' zijn. Het uitstellen van besnijdenis zou gerelateerd zijn aan het in Nederland bestaande verbod erop. De ouders worden door het verbod 'afgeremd' en hebben geen of nauwelijks gelegenheid het te laten uitvoeren. Daarnaast kan een ouder meisje het geheim houden. Ook een kind dat als baby (soenna) besneden is zal er niets over kunnen vertellen. Ook hier zou het verbod van invloed kunnen zijn op de vervroegde leeftijd waarop ouders hun dochter laten besnijden. De vrouwen zelf noemen het gemak, de kleine wond en het niet kunnen groeien van de clitoris als redenen voor besnijdenis op zeer jonge leeftijd. Hieruit blijkt dat ook basale kennis over het menselijk lichaam nog veel aandacht behoeft.

Uit het onderzoek van de VU blijkt ook dat meisjes soms op hogere leeftijd besneden worden. Ook wordt daarin opgemerkt dat oudere meisjes ook een stem kunnen krijgen of opeisen in de beslissing over hun besnijdenis (Van der Kwaak et al., 2003). Bij het nader invullen van beleid gericht op bestrijding van VGV is het van belang rekening te houden met de brede leeftijdsgroep waarop meisjes 'at risk' zijn.

### ***Redenen voor meisjesbesnijdenis***

De belangrijkste reden waarom ouders hun dochters (willen) laten besnijden is vooral de overtuiging dat de soenna besnijdenis volgens hun geloof gewenst of toegestaan is. Daarnaast zou ook het willen vasthouden aan de eigen traditie, de druk van familieleden (met name in Somalië) en in mindere mate de wens van vaders van invloed kunnen zijn. Daarnaast vinden veel mensen dat de soenna besnijdenis niet erg is. Ook de door Pharos getrainde voorlichters en sleutelpersonen noemen religie, culturele opvattingen en druk van familieleden in Somalië als belangrijke factoren voor de wens van ouders om hun dochters te laten besnijden (zie bijlage IX).

### ***De eigen mening over meisjesbesnijdenis***

De geïnterviewde vrouwen zijn allen tegen de faraonische besnijdenis. Zij weten dat het vanuit het geloof niet mag en ze kennen de nadelige gevolgen ervan. De houding ten aanzien van de soenna besnijdenis varieert van negatief (de profeet wilde het helemaal stoppen; is niet belangrijk; heeft geen nut; in andere islamitische landen gebeurt het ook niet; soenna doet ook pijn; is verboden), neutraal (hoeft niet, maar mag wel vanuit het geloof; is niet erg, ouders moeten zelf beslissen) tot positief (is gewenst of toegestaan vanuit het geloof; heeft geen nadelige gevolgen; is normaal vanuit de cultuur). De Nederlandse wet lijkt van relatief gering belang bij de meningsvorming ten aanzien van besnijdenis. Geen van de vrouwen kent nadelige gevolgen van de soenna besnijdenis voor de gezondheid. De felle discussies die er ontstonden over de verschillende interpretaties van de geloofsvoorschriften illustreren hoe enorm belangrijk de religieuze overtuiging voor deze groep mensen is, in het algemeen en specifiek in relatie tot meisjesbesnijdenis. Ook deze gegevens vormen belangrijke aandachtspunten voor beleid, met name de voorlichting.

Uit de gesprekken blijkt dat veel vrouwen de (kleine) soenna besnijdenis niet afwijzen. Eén motief daarvoor is dat deze vorm niet erg is, het gaat slechts om een prikje of een klein sneetje in de clitoris. Hoewel de indruk bestaat dat tijdens de gesprekken steeds naar deze beperkte vorm van besnijdenis is verwezen, valt niet uit te sluiten dat sommige vrouwen ook aan een verdergaande vorm van besnijdenis denken. Uit de beschrijving van de verschillende vormen blijkt ook dat er onder Somalische vrouwen geen eenduidigheid bestaat over de verschillende vormen van meisjesbesnijdenis. De (kleine) soenna zou ook meer dan een prikje of sneetje kunnen zijn. Er is dus sprake van een hellend vlak: waar houdt de soenna besnijdenis op?

### ***Veranderingen in houding ten aanzien van meisjesbesnijdenis***

De vrouwen zijn de afgelopen tien tot vijftien jaar van mening veranderd over meisjesbesnijdenis. Bij sommige vrouwen heeft de verandering vooral plaatsgevonden in Somalië, toen zij daar voorlichting ontvingen en geloofsverdieping beleefden. Andere vrouwen zijn sinds hun komst naar Nederland van mening veranderd, met name dankzij de discussie die in de Somalische gemeenschap in Nederland de afgelopen jaren is ontstaan. Informatie over besnijdenis en het verbod erop heeft hieraan bijgedragen. Ook zijn de eigen ervaringen met besnijdenis en veranderende opvattingen in Somalië van invloed geweest op de meningsverandering.

In het onderzoek van de VU wordt geconcludeerd dat Somaliërs in Nederland geen afstand lijken te nemen van de wens hun dochters te laten besnijden (Van der Kwaak et al., 2003). Uit recenter onderzoek onder Somalische vrouwen blijkt dat er wel degelijk sprake is van een veranderingsproces in kennis en houding met betrekking tot VGV (Goei, 2004). In het onderhavige onderzoek komt eveneens naar voren dat er Somalische vrouwen zijn die afstand hebben genomen van de wens hun dochters te laten besnijden. Verschillende vrouwen hebben een negatieve houding ten aanzien van VGV, inclusief de lichte vorm daarvan. Zij hanteren argumenten die voortkomen uit hun religie en hun eigen ervaring met besnijdenis. Ook worden zinloosheid, de strafbaarheid en pijn als motieven genoemd om VGV af te wijzen.

### **Attitude ten aanzien van besnijdenis bij hun (klein)dochters**

De meeste vrouwen willen hun (klein)dochters niet laten besnijden. Twee vrouwen hebben direct aangegeven dat ze de soenna besnijdenis misschien voor hun (klein)dochter willen. Twee andere vrouwen willen de beslissing daarover aan hun dochters zelf overlaten. Uit deze bevinding blijkt de noodzaak van voorlichting aan zowel moeders als dochters.

### **Verbod**

Het verbod op de faraonische besnijdenis wordt grotendeels ondersteund. Wat betreft de (kleine) soenna besnijdenis zijn er vrouwen die het verbod goed vinden, maar ook vrouwen die het niet goed of 'niet leuk' vinden. Onder de laatste groep bevinden zich ook vrouwen die deze vorm van besnijdenis afwijzen. Zij vinden dat de ouders zelf moeten beslissen. In plaats van het opleggen van een verbod ('jullie moeten stoppen') zien zij liever dat de overheid uitlegt waarom besnijdenis verkeerd is (voorlichting) en met respect verzoekt deze gewoonte te beëindigen ('willen jullie alsjeblieft stoppen'). Sommige vrouwen begrijpen niet dat de (kleine) soenna besnijdenis ook als vorm van kindermishandeling wordt gezien en verboden is. Ook vragen zij zich af waarom jongensbesnijdenis wel is toegestaan. Ook wordt gevraagd waarom piercing is toegestaan, terwijl dat veel erger zou zijn dan soenna besnijdenis en ook op jonge leeftijd zou plaatsvinden.

Onbegrip en vragen naar aanleiding van het verbod op VGV kunnen door middel van voorlichting verminderd respectievelijk beantwoord worden.

Het verbod op zichzelf lijkt van relatief gering belang bij menings- en wilsvorming en intentie. Desondanks is (informatie over) het verbod wel van invloed (geweest) op de discussie over VGV die de afgelopen jaren onder Somaliërs is ontstaan. In iets grotere mate zou het verbod de stap naar uiteindelijke gedrag beïnvloeden. Het verbod heeft een remmende werking op de uitvoering van besnijdenis als ouders dat wensen. Ouders krijgen hier niet de gelegenheid en stellen het uit. Hierbij wordt echter opgemerkt dat mensen die er echt in geloven en het echt willen, toch een mogelijkheid daartoe zoeken. Zij laten het in het buitenland doen, verhuizen, of doen ze het misschien toch stiekem in Nederland? Hierbij kan men zich afvragen of meer nadruk op het verbod en strafbaarstelling een grotere preventieve werking kan hebben.

Uit een recent onderzoek naar vrouwenbesnijdenis en cultuurverandering blijkt dat het verbod in Nederland ook een rol kan spelen bij het legitimeren van uitstel en afstel van besnijdenis in het geval ouders in Nederland sociale controle ondervinden van familieleden in het thuisland (Goei, 2004).

### **Verplichte controle risicogroepen**

Allen behalve één vrouw keren zich fel tegen een verplichte controle op meisjesbesnijdenis binnen de risicogroepen. Waar het ook zou gebeuren, op Schiphol, bij de schoolarts of bij de huisarts, het mag van hun niet. Meisjes mogen niet in de schaamstreek bekeken worden, dat is privacy, tenzij er sprake is van gezondheidsklachten. Daarnaast wordt ook opgemerkt dat verplichte controle van risicogroepen geen zin heeft omdat de kleine soenna besnijdenis zo klein is dat het niet of nauwelijks zichtbaar is. De enige voorstander pleit voor controle door een vrouwelijke arts van de GGD. Tijdens de gesprekken was het niet mogelijk dieper in te gaan op verschillende wijzen van controleren. Invoering van een verplicht controlesysteem zal gezien de felle reacties onder de geïnterviewde vrouwen op veel weerstand stuiten. Ook de door Pharos getrainde voorlichters en sleutelpersonen spreken zich uit tegen verplichte controle op VGV omdat dit stigmatiserend, beledigend en belastend zou zijn voor de betrokkenen (zie bijlage IX).

### **Voorlichting en de rol van imams**

Alle vrouwen zijn groot voorstander van het voortzetten van voorlichting aan zowel vrouwen en meisjes als mannen en vaders. Er wordt gepleit voor voorlichting aan moeders en dochters samen. Deze zou niet op school of via de media moeten plaatsvinden vanwege het stigmatiserende effect van voorlichting in een openbare setting. Ook zouden de imams geschoold moeten worden om vanuit het geloof en hun gerespecteerde positie de

boodschap uit te dragen. Daarvoor is het nodig dat zij de Hadith (de woorden van de profeet) zo uitleggen dat mensen overtuigd raken dat ook de soenna besnijdenis niet wenselijk is vanuit het geloof. Gezien de huidige felle discussie over de betekenis van de Hadith onder de doelgroep en de verschillende visies die de imams momenteel verkondigen, lijkt dit geen gemakkelijke opdracht. Niettemin kan in de scholing aan imams gevraagd worden om één gezamenlijk standpunt tegen alle vormen van meisjesbesnijdenis uit te dragen, dat past binnen het islamitische geloof en tegelijkertijd aansluit bij het wettelijke verbod in Nederland.

### ***Voorlichting gericht op verandering van kennis, houding, intentie en gedrag***

Bij het ontwerpen van de voorlichting is het van belang onderscheid te maken tussen de kennis (wat weet iemand erover), de houding ten aanzien van besnijdenis (mening/wens: wat vindt iemand ervan en wil iemand het laten doen), de intentie tot uitvoering (is iemand van plan het te laten uitvoeren) en het gedrag (laat iemand het daadwerkelijk uitvoeren). De factoren die een rol spelen in het proces van kennis, meningsvorming naar intentie en gedrag zijn in dit onderzoek bekeken en hierboven besproken. Mogelijk bestaan er nog andere factoren die in de gesprekken niet naar voren zijn gekomen of die bij andere vrouwen en andere risico bevolkingsgroepen van invloed zijn. De inhoud van de voorlichting moet daarom steeds worden afgestemd op de kenmerken van de verschillende doelgroepen.

### ***Verbod, controle en voorlichting afgewogen***

Uit de gesprekken blijkt dat de invloed van het verbod op de kennis en houding gering is, maar op de intentie en feitelijk gedrag (iets) groter is. Het verbod maakt het de mensen moeilijker om besnijdenis uit te voeren en draagt in die zin bij aan de bestrijding ervan. Het invoeren van een verplicht controlesysteem voor risicogroepen roept een zo sterk afwijzende reactie op bij de vrouwen, dat daar weinig positief effect van te verwachten valt. Het zal eerder leiden tot meer stigmatisering, meer schaamte en minder medewerking aan de bestrijding van VGV. Bovendien kan het nadelige gevolgen hebben voor de preventieve en curatieve gezondheidszorg aan deze groepen, specifiek de meisjes. Periodieke geneeskundige onderzoeken op het consultatiebureau en de school, en bezoeken aan de huisarts zullen mogelijk vermeden worden.

Als we in Nederland er naar streven dat mensen bewust en verantwoordelijk, vanuit positieve overwegingen en overtuigingen de 'juiste' beslissingen nemen, dan moet er meer aandacht uitgaan naar het beïnvloeden van de kennis, menings- en wilsvorming met betrekking tot VGV. Gezien de bevindingen van het onderhavige onderzoek lijkt voorlichting hiertoe het meest geschikte instrument.

De door Pharos getrainde voorlichters en sleutelpersonen zijn ook voorstander van voortdurende voorlichting, met wetgeving als stok achter de deur. Zij benadrukken het belang van voorlichting aan jongeren en het tegelijkertijd aanpakken van de problematiek in Somalië, vanwege de druk van familieleden daar op de Somaliërs hier (zie bijlage IX).

Uit een evaluatieonderzoek naar de effecten van een voorlichtingscampagne onder Somaliërs in Den Haag tussen 2001 en 2003 blijkt dat voorlichting een bijdrage heeft geleverd aan veranderingen in bewustwording, kennis en houding ten aanzien van VGV. Tevens wordt gepleit voor continuering van de voorlichting voor het beklijven en verbreden van deze veranderingen (Tarrida, 2004).

### ***Mening over de politiek en de media***

Uit de gesprekken blijkt dat er veel onvrede is over de manier waarop politici en de media het onderwerp meisjesbesnijdenis (en de islam en moslims in het algemeen) behandelen. Zij ervaren het als kwetsend, voelen zich gestigmatiseerd en schamen zich. Ze vragen respect, gerichte voorlichting voor de risicogroep en minder aandacht in het openbaar. Deze 'eisen' vormen belangrijke aandachtspunten voor het beleid en 'inwilliging' ervan draagt mogelijk een steentje bij aan de emancipatie en integratie van deze bevolkingsgroepen.

## **6. Conclusies en aandachtspunten voor de toekomst**

In dit hoofdstuk wordt met behulp van de gevonden resultaten een antwoord gegeven op de specifieke vraagstellingen van het onderzoek.

### **6.1 De omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg**

#### **6.1.1 ‘Wat is de geschatte omvang van VGV in Amsterdam en Tilburg volgens professionals?’**

Op deze vraag kan met dit onderzoek geen sluitend antwoord worden gegeven, immers dit onderzoek richt zich op professionals en niet op de risicogroepen zelf. Dit was reeds bekend bij de start van het onderzoek. Er zal dan ook worden ingegaan op de vraag hoeveel beroepsbeoefenaren en professionals in de afgelopen 12 maanden zijn geconfronteerd met VGV en/of complicaties als gevolg van VGV.

#### **6.1.2 ‘Hoeveel beroepsbeoefenaren en professionals zijn in de afgelopen 12 maanden in aanraking gekomen met VGV?’**

Van de artsen die ooit zijn geconfronteerd met VGV is een groot deel ook in de afgelopen 12 maanden geconfronteerd met VGV. Voor gynaecologen, huisartsen, verloskundigen en andere artsen (onder andere arts-seksuologen en urologen) ligt dit percentage rond de 80%, onder JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen MOA ligt dit percentage lager, rond de 50%. Artsen kunnen dus een goede signaleringsfunctie uitvoeren met betrekking tot het zien van gevallen van VGV. Tien respondenten geven aan in de afgelopen 12 maanden bij één of meerdere meisjes geconfronteerd te zijn met VGV, uitgevoerd na vestiging in Nederland.

Leerkrachten, directie en ondersteunend personeel van basisscholen, medewerkers van buurtcentra en buurtregisseurs zijn in de afgelopen 12 maanden nauwelijks geconfronteerd met VGV. Toch kunnen zij ook een signaleringsfunctie hebben, die echter meer gericht is op vermoedens welke nader moeten worden bekeken door bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon of een JGZ-arts of verpleegkundige.

#### **6.1.3 ‘Hoeveel beroepsbeoefenaren zijn in de afgelopen 12 maanden in aanraking gekomen met complicaties als gevolg van besnijdenis van meisjes of vrouwen?’**

Huisartsen en gynaecologen worden voornamelijk geconfronteerd met complicaties als gevolg van VGV. Dit gaat om ongeveer 20% van de huisartsen en gynaecologen die ooit zijn geconfronteerd met een geval van VGV. Van de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen MOA worden alleen laatstgenoemden geconfronteerd met complicaties als gevolg van VGV. Het gaat daarbij ook om ongeveer 20% van degenen die ooit zijn geconfronteerd met een geval van VGV.

### **6.2 De kennis en voorlichtingsbehoeften van de betrokken zorgverleners en andere professionals in de betreffende regio's**

De beroepsbeoefenaren menen een gemiddelde kennis te hebben inzake VGV. De meeste beroepsgroepen beschouwen deze kennis echter als onvoldoende voor het bespreken van VGV met vrouwen/moeders uit de risicogroepen. Dit komt overeen met de resultaten van eerder onderzoek (Van der Kwaak et al., 2003).

#### **6.2.1 ‘Wat is de aanwezige kennis van de beroepsbeoefenaren met betrekking tot VGV?’**

Bij de beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld leerkrachten) die aangeven dat hun kennis van VGV onvoldoende is, wordt mogelijke VGV dan ook niet besproken met moeders van meisjes uit risicolanden. Dit geldt ook voor het merendeel van de artsen en andere professionals, met enkele uitzonderingen bij JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen MOA.

### **6.2.2 'Zien beroepsbeoefenaren het als hun taak om VGV te bespreken met patiënten/vrouwen?'**

Met uitzondering van de leerkrachten, directie en ondersteunend personeel van basisscholen, buurtregisseurs en enkele medewerkers van overige organisaties, zien de beroepsbeoefenaren het als hun taak om VGV te bespreken met patiënten/vrouwen.

## **6.3 De attitude van de Somalische bevolkingsgroep ten opzicht van VGV, het verbod erop en de barrières tot verandering.**

### **6.3.1 'Hoe vaak komt, volgens Somalische vrouwen in Tilburg, VGV voor onder de eigen bevolkingsgroep? Welke vormen worden toegepast, op welke leeftijd en waar?'**

Op grond van de uitspraken van de vrouwen valt niet uit te sluiten dat VGV onder Somaliërs in Nederland nu voorkomt en over tien jaar nog zal voorkomen. De faraonische besnijdenis zou (misschien) nog in landen buiten Europa plaatsvinden, terwijl de (kleine) soenna besnijdenis behalve in het buitenland misschien ook in Nederland wordt uitgevoerd. Of het hierbij alleen gaat om een prikje of sneetje in de clitoris of ook om verdergaande vormen van besnijdenis is niet geheel duidelijk. De leeftijd waarop VGV kan plaatsvinden varieert tussen nul en ouder dan 13 jaar. Dit betekent dat meisjes een langere periode dan vroeger in Somalië 'at risk' zijn. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het nader invullen van beleid gericht op bestrijding van VGV.

### **6.3.2 'Wat is de houding (attitude) van Somalische vrouwen in Tilburg ten aanzien van VGV?'**

Alle vrouwen zijn tegen de faraonische besnijdenis. Ook zijn ze ervan overtuigd dat deze vorm van besnijdenis volgens hun religie niet mag. Over de soenna besnijdenis hebben de vrouwen verschillende meningen. De verschillen zijn vooral een gevolg van de verschillende interpretaties van de Hadith (woorden van de profeet). Sommige vrouwen geloven dat de profeet het advies gaf om een lichte vorm van besnijdenis uit te voeren. Anderen geloven dat de profeet meisjesbesnijdenis liever helemaal wilde stoppen en wijzen erop dat in de Koran geen aanwijzing te vinden is dat meisjes besneden moeten worden.

Vanuit de religie wordt geen eenduidige boodschap verspreid over VGV: sommige imams zeggen dat meisjes beter niet besneden kunnen worden en andere imams zeggen van wel. De geloofsovertuiging is vaak doorslaggevend bij de mening van mensen ten aanzien van besnijdenis en hun wens om hun dochter te laten besnijden. Opvattingen over de zin van soenna besnijdenis met het oog op maagdelijkheid en controle op seksualiteit en de ernst ervan lijken ook van invloed. Het Nederlandse verbod op besnijdenis lijkt geen of weinig invloed te hebben op de mening van de vrouwen. Sommige vrouwen geven aan dat de wens en druk van familieleden in Somalië ook op dit moment een reden kan zijn voor de wens van Somalische ouders in Nederland om hun dochter te laten besnijden. De mening en wens van mannen en vaders lijkt een relatief geringe invloed te hebben.

Bij sommige vrouwen is de mening ten aanzien van VGV veranderd sinds hun komst naar Nederland. Bij andere vrouwen is het veranderingsproces al in Somalië ingezet. De eigen ervaring met VGV, voorlichting over VGV en het verbod erop, religieuze verdieping en de ontstane discussie onder de bevolkingsgroep in Nederland en nu ook in Somalië zijn op het



veranderingsproces van invloed.

Twee vrouwen hebben de wens uitgesproken (misschien) hun dochter of kleindochter te laten besnijden. Twee andere vrouwen willen de beslissing over besnijdenis aan hun dochter overlaten.

### **6.3.3 'Wat is de houding (attitude) van Somalische vrouwen in Tilburg ten aanzien van het verbod en andere maatregelen ter bestrijding van VGV?'**

De vrouwen vinden het goed dat er in Nederland een verbod bestaat op de faraonische besnijdenis. Wat betreft de soenna besnijdenis verschillen de meningen. Sommige vrouwen zijn blij met het totale verbod, maar andere vrouwen geven aan dat ze dat niet goed vinden. Zij benadrukken dat het een beslissing moet zijn van de ouders zelf en/of dat de overheid er op moet vertrouwen dat ouders het beste voor hebben met hun kinderen.

In plaats van een (totaal) verbod op besnijdenis pleit een aantal vrouwen voor een werkwijze waarbij, met respect voor de cultuur en hun religie, voorlichting wordt gegeven en gevraagd wordt om bepaalde gewoonten, waaronder meisjesbesnijdenis, te stoppen. Andere vrouwen tonen onbegrip voor het feit dat ook de lichte vorm van besnijdenis verboden is, terwijl jongensbesnijdenis wel is toegestaan.

Vrijwel alle vrouwen zijn tegen een verplichte controle op meisjesbesnijdenis. Ook de mogelijkheid van verplichte controle via de huisarts of JGZ-arts wordt afgewezen. Dat mag alleen als er lichamelijke klachten zijn. Daarnaast wordt ook opgemerkt dat verplichte controle geen zin heeft, omdat de kleine soenna besnijdenis vrijwel onzichtbaar is en niet te controleren valt, terwijl de faraonische besnijdenis volgens de vrouwen niet meer voorkomt. Alle vrouwen vinden dat voorlichting heel belangrijk is en moet voortduren. Volgens de vrouwen moet de voorlichting gericht zijn op de moeders, dochters, vaders en (ongehuwde) mannen. Getraide imams kunnen volgens de vrouwen een belangrijke rol spelen in de voorlichting want de religie vormt voor veel ouders een belangrijke reden om hun dochters soenna te (willen) laten besnijden. Voorlichting in openbare settings zou vermeden moeten worden omdat dat stigmatiserend werkt.

Uitgaande van de visie dat gedragsverandering bij voorkeur moet voortkomen uit bewuste en vrijwillige keuzes (positieve motivatie) en niet uit angst voor strafmaatregelen (negatieve motivatie), lijkt voorlichting het meest geschikte instrument om gedragsverandering ten aanzien van VGV te bereiken.

Onder de vrouwen heerst veel onvrede over de manier waarop politici en de media het onderwerp meisjesbesnijdenis (en de islam en moslims in het algemeen) behandelen. Zij ervaren het als kwetsend, voelen zich gestigmatiseerd en schamen zich. Ze vragen respect, gerichte voorlichting voor de doelgroep en minder aandacht in het openbaar. Deze 'eisen' vormen belangrijke aandachtspunten voor een effectief beleid en 'inwilliging' ervan draagt mogelijk een steentje bij aan de emancipatie en integratie van deze bevolkingsgroepen.

### **6.3.4 'Welke belemmerende en bevorderende factoren voor verandering bestaan er onder Somalische vrouwen in Tilburg?'**

De volgende belemmerende en bevorderende factoren voor verandering zijn aanwezig onder de Somalische vrouwen in Tilburg.

#### *Belemmerende factoren*

- Vanuit het islamitische geloof bestaat er geen eenduidigheid over de vraag of soenna besnijdenis wel of niet goed is. De woorden van de profeet (Hadith) over meisjesbesnijdenis worden verschillend geïnterpreteerd. Sommige vrouwen geloven dat de (kleine) soenna besnijdenis wel mag en zelfs wordt aangeraden.

- Andere vrouwen geloven dat het niet hoeft en beter kan stoppen.
- Veel vrouwen vinden de (kleine) soenna besnijdenis niet erg, een ingreep zonder lichamelijke gevolgen. Er is dan ook veel onbegrip over het feit dat de (kleine) soenna besnijdenis als vorm van kindermishandeling wordt gezien en jongensbesnijdenis niet.
- Familieleden in Somalië oefenen soms druk uit om dochters te laten besnijden.
- Vrijwel alle vrouwen zijn tegen een verplichte controle op meisjesbesnijdenis omdat het een deel van het lichaam betreft waar niemand zomaar naar mag kijken. Bovendien zou verplichte controle zinloos zijn omdat de (kleine) soenna besnijdenis zo klein is dat het onzichtbaar is.
- Het wettelijke verbod op besnijdenis lijkt bij veel vrouwen weinig invloed te hebben op hun mening over meisjesbesnijdenis. Veel vrouwen vinden dat soenna besnijdenis een beslissing van de ouders zelf moet zijn. Het verbod lijkt wel remmend te werken op het feitelijk handelen.
- De manier waarop in Nederland, door de regering, politici en de media het onderwerp meisjesbesnijdenis in het openbaar wordt behandeld roept veel antipathie op. Dit kan leiden tot een negatieve en weinig ontvankelijke houding, met mogelijk averechtse effecten.

*Bevorderende factoren:*

- Alle vrouwen staan open voor voorlichting en vinden dat die voortgezet moet worden.
- Alle vrouwen wijzen de faraonische besnijdenis af vanwege hun geloofsovertuigingen en de persoonlijke ervaring hiermee.
- Het geloof is een belangrijke bron bij de meningsvorming. In potentie kan hiervan een krachtige voorlichtingsboodschap uitgaan; hiertoe moeten imams wel op één lijn komen en met overtuiging de onwenselijkheid van soenna besnijdenis kunnen uitdragen.
- Veel vrouwen vinden de (kleine) soenna besnijdenis niet belangrijk of wijzen deze af. Zij kunnen een voorbeeld voor andere vrouwen zijn.
- Veel vrouwen lijken ontvankelijk voor argumenten tegen besnijdenis die te maken hebben met de gezondheid van hun dochters. Ook het voorkómen van pijn kan hieronder vallen. Daarnaast wordt de zinloosheid van soenna besnijdenis met het oog op behoud van de maagdelijkheid en beheersing van de seksualiteit door sommige vrouwen onderkend.
- Veel vrouwen zijn bewust bezig met het probleem en hebben (soms kritische) vragen. Voorlichting kan hierop inspelen, vragen beantwoorden en twijfels wegnemen.

## **6.4 Aandachtspunten voor de toekomst**

### **6.4.1 Algemene aandachtspunten**

- Om nader inzicht te krijgen in het aantal meisjes dat besneden is, zal een kostbaar en tijdrovend bevolkingsonderzoek moeten worden uitgevoerd onder de risicogroepen waarin enkele vragen omtrent VGV kunnen worden opgenomen. Gezien de incidentie van VGV na vestiging in Nederland die uit onderhavig onderzoek naar voren lijkt te komen, is het echter zeer de vraag of een dergelijk bevolkingsonderzoek aanvullende informatie zal opleveren, relevant voor preventie en handhaving. Daarnaast is het ook de vraag of een dergelijk onderzoek meer valide resultaten op zal leveren, gezien het verbod op VGV en daarmee de grote kans op sociaal wenselijke antwoorden. Hulpverleners kunnen binnen de vertrouwelijke setting van een spreekkamer wel beter inzicht verkrijgen in de omvang van VGV.
- Van de invoering van verplichte controle op VGV onder risicogroepen lijkt gezien het perspectief van de onderzochte bevolkingsgroepen niet veel verwacht te kunnen worden. Het kan wellicht eerder een negatief effect hebben: meer stigmatisering, meer schaamte en minder medewerking aan de bestrijding van VGV en mogelijk nadelige gevolgen voor

de preventieve en curatieve gezondheidszorg aan meisjes uit deze groepen. Het lijkt wel bespreekbaar als onderdeel van een algemeen lichamenlijk onderzoek voor *alle* kinderen bij de school- of consultatiearts.

- De leeftijd waarop VGV onder Somalische meisjes kan plaatsvinden varieert tussen nul en ouder dan 13 jaar. Dit betekent dat meisjes een langere periode dan vroeger in Somalië 'at risk' zijn. Hiermee zal rekening gehouden dienen te worden bij het nader invullen van beleid gericht op bestrijding van VGV.
- Vanuit de doelgroep wordt benadrukt dat het onderwerp VGV met respect besproken en behandeld dient te worden, zowel in de politiek als in de media. Een terughoudende houding van de media wordt met name gevraagd om verdere stigmatisering te voorkomen.

#### 6.4.2 Aandachtspunten professionals

- Er is wel inzicht verkregen over de kennis onder de betrokken beroepsgroepen met betrekking tot VGV. Ook geven deze beroepsgroepen aan, met uitzondering van de (de meeste) leerkrachten, buurtregisseurs en buurtcentra, dat zij het bespreken van VGV met patiënten/cliënten als een taak van hun beroepsgroep vinden. Op basis hiervan verdient het aanbeveling om het opleidingsprogramma aan te passen, en zorgverleners en leerkrachten die regelmatig in contact komen met de risicogroepen nascholing aan te bieden, zodat zij daadwerkelijk voldoende toegerust zijn om VGV te kunnen signaleren en bespreekbaar te maken. Overigens zijn hiertoe reeds aanzetten gedaan door een werkgroep met vertegenwoordigers van stichtingen MOA, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Pharos en GGD Nederland.
- Ondanks dat de meeste leerkrachten het bespreken van VGV met moeders uit risicolanden niet als een taak zien van hun beroepsgroep, kunnen leerkrachten wel een signaleringsfunctie hebben. Zij zouden vermoedens van VGV door kunnen geven aan de JGZ. De JGZ-verpleegkundige participeert vanuit haar preventieve rol onder meer in het signaleringsnetwerk. De JGZ-verpleegkundige is dan ook de aangewezen persoon om het risico al in een vroeg stadium te herkennen. Het bespreekbaar maken en signaleren van VGV kan worden opgenomen binnen het takenpakket van de JGZ-verpleegkundige. Hiervoor dient dan een protocol opgesteld te worden. De hierboven vermelde werkgroep werkt hier al aan.

#### 6.4.3 Aandachtspunten risicogroepen

- Voorlichting lijkt het meest geschikte instrument om de kennis, houding, intentie en gedrag ten aanzien van VGV onder de risicogroepen te veranderen. Hierbij passen de volgende aandachtspunten:
  - Voorlichting aan ouders, met name moeders, én meisjes zou bij voorkeur in besloten settings moeten plaatsvinden, omdat voorlichting in bijvoorbeeld de klas stigmatiserend werkt.
  - Religie zou een belangrijke plaats moeten krijgen in de voorlichting. De inhoud van de voorlichting dient zich onder andere te richten op de interpretatie van de geloofsvoorschriften. De potentiële rol van imams lijkt groot mits deze getraind worden en bereid gevonden worden één standpunt uit te dragen, op grond van de religieuze overwegingen én het in Nederland geldende verbod. Zij zouden dan ook ingeschakeld kunnen worden in de voorlichting aan vrouwen en meisjes en anderen binnen de risicogroepen.
  - De voorlichting dient afgestemd te worden op de religieuze, sociaal-culturele en andere factoren die een rol kunnen spelen bij de vorming van kennis, houding, intentie en gedrag ten aanzien van VGV. Zo zal bijvoorbeeld ook aandacht kunnen uitgaan naar de ervaren druk van familie in Somalië, hoe ouders daarmee kunnen om gaan en deze kunnen weerstaan. Voor nog niet nader onderzochte bevolkingsgroepen kan voorafgaand aan en tijdens de voorlichting worden nagegaan welke andere factoren van belang zijn. De

- voorlichting kan dan op deze 'nieuwe' factoren worden aangepast.
- Onderwerpen die gerelateerd zijn aan VGV, maar voor veel vrouwen nog in de taboesfeer of onbekendheid liggen, zoals seksualiteit en lichamelijke integriteit, dienen aan bod te komen. De kennis hierover kan bijdragen aan het bestrijden van argumenten vóór besnijdenis, zoals bescherming van maagdelijkheid, controle op seksualiteit en hygiëne.
  - In de voorlichting dient het verbod op VGV nader te worden uitgelegd. Er kan ingegaan worden op vragen en twijfels, zoals: Waarom is soenna besnijdenis ook kindermishandeling? Waarom is jongensbesnijdenis wel toegestaan? Waarom (en wanneer) is piercing toegestaan?

## Referentielijst

*Anonymous.* Female genital mutilation in Kenya and Sudan. African Population Newsletter 1995;(67 jan-june):6-7.

*Bijlsma-Schlösser JFM.* Stappenplan: Het voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken. AJN, 2004.

*Eerenberg E.* Interview. Amsterdam, 2004.

*Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGiuseppi, Pratap S, Wentz R, Kwan I.* Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. BMJ 2002;324:1183.

*Goei S.* Vrouwenbesnijdenis en cultuurverandering. In: A. van der Kwaak en C. Keizer. Van verzwegen pijn naar stil verdriet; visies op besnijdenis en verandering. Amsterdam. VU Medisch Centrum/Dienst Communicatie Wetenschapswinkel 2004.

*Jäger F, Schulze S, Hohlfeld P.* Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. Swiss Medical Weekly 2002;132:259-264.

*Kangoum AA, Flodin U, Hammar M, Sydsjo G.* Prevalence of female genital mutilation among African women resident in the Swedish county of Ostergotland. Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica 2004;83:187-190.

*Kwaak A van der, Bartels E, Vries F de, Meuwese S.* Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes: inventarisatie en aanbevelingen. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2003.

*Kwaak A van der, Keizer C, Goei S.* Vragenlijst voorlichters eigen taal en cultuur en sleutelfiguren en korte vragenlijst voor focusgroepen. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2004.

*Migchelbrink F.* Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: SWP, 2000.

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Aanpak vrouwelijke genitale verminking [brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal GVM/2464671 23-4-2004]. Den Haag: Ministerie van VWS, 2004.

*Morison LA, Dirir A, Elmi S, Warsame J, Dirir S.* How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: a study among young Somalis in London. Ethnicity & Health 2004;9:75-100.

*Pharos.* Vrouwenbesnijdenis: informatie voor de gezondheidszorg [<http://www.pharos.nl/Publ/Pp-publ2C.html>]. Utrecht: Pharos, 2000.

*Pope C, Ziebland S, Mays N.* Qualitative research in health care: analysing qualitative data. BMJ 2000;320:114-116.

*StatLine databank.* [<http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?TT=2&LA=nl&DM=SLNL&PA=37713&D1=0-2&D2=13-14,44&D3=25-26,125,195,303,429,547,639,645,735,742&D4=0&D5=a,!0-6>]. Voorburg/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2004.

*Tarrida A.* Houding, identiteit en vrouwenbesnijdenis. In: A. van der Kwaak en C. Keizer. Van verzwegen pijn naar stil verdriet; visies op besnijdenis en verandering. Amsterdam: VU Medisch Centrum/Dienst Communicatie Wetenschapswinkel, 2004.

*Toubia N.* Female circumcision as a public health issue. *New England Journal of Medicine* 1994;331:712-716

*Turone F.* Controversy surrounds proposed Italian alternative to female genital mutilation. *BMJ* 2004;328:247.

*Ugboma HA, Akani CI, Babatunde S.* Prevalence and medicalization of female genital mutilation. *Nigerian Journal of Medicine* 2004;13:250-253.

*World Health Organization.* Female genital mutilation [fact sheet no. 241]. Geneva: WHO, 2000.

*Zandt J, Volbeda S.* Vrouwenbesnijdenis en de taak van de JGZ: samen met Somalische en Eritrese cliënten en professionals. *Tijdschrift LVW* 2004;(december):7-9

*Zwaan M.* Interview medewerkers jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: Vakgroep Cultuur & Gezondheid VUMC, 2004.

## **Bijlagen**

- I Vragenlijst gynaecologen, huisartsen, verloskundigen
- II Vragenlijst JGZ-artsen/verpleegkundigen GGD/MOA, overige organisaties
- III Vragenlijst leerkrachten basisscholen
- IV Brief professionals
- V Brief scholen
- VI Vragenlijst focusgroepinterviews VGV Tilburg
- VII Draaiboek focusgroepinterviews Vrouwelijke Genitale Verminking
- VIII Thematisch raamwerk voor analyse van de focusgroepinterviews
- IX Verslag van gesprek met getrainde sleutelpersonen VGV, Stichting Pharos

## BIJLAGE I

### Vragenlijst gynaecologen, huisartsen, verloskundigen

#### ALGEMEEN

1. Tot welke beroepsgroep rekent u zichzelf?

- gynaecoloog  
 huisarts  
 verloskundige  
 anders, namelijk .....

2. Komt u regelmatig in aanraking met meisjes/vrouwen uit risicolanden waar besnijdenis voorkomt, zoals Somalië, Egypte, Eritrea, Ethiopië en Soedan?

- ja  
 nee      ➔ ga door naar vraag 6  
 weet niet   ➔ ga door naar vraag 6

#### OMVANG

3. Hoeveel procent van de in Amsterdam wonende meisjes/vrouwen uit risicolanden is volgens u naar schatting besneden?

- |                           |        |                                    |
|---------------------------|--------|------------------------------------|
| alle risicolanden tezamen | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Somalië       | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Egypte        | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Eritrea       | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Ethiopië      | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Soedan        | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |

4. Is het percentage besneden meisjes uit risicolanden volgens u naar schatting in de afgelopen jaren toegenomen of afgenomen?

- toegenomen  
 ongeveer gelijk gebleven  
 afgenomen  
 weet niet

5. Hoeveel procent van de in Amsterdam wonende besneden meisjes/vrouwen is volgens u naar schatting na vestiging in Nederland besneden?

- |                           |        |                         |                                    |
|---------------------------|--------|-------------------------|------------------------------------|
| alle risicolanden tezamen | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Somalië       | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Egypte        | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Eritrea       | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Ethiopië      | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Soedan        | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |



## **EIGEN ERVARINGEN**

6. **Bent u ooit met een geval van meisjes/vrouwenbesnijdenis geconfronteerd?**  
 ja, door direct contact  
 ja, alleen 'van horen zeggen' ➔ ga door naar vraag 14  
 nee ➔ ga door naar vraag 14
7. **Bent u ooit geconfronteerd met een meisje/vrouw die na vestiging in Nederland besneden is?**  
 ja, door direct contact  
 ja, alleen 'van horen zeggen'  
 nee  
 weet niet
8. **Hoeveel besneden meisjes/vrouwen heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw spreekuur gezien?**  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
9. **Hoeveel meisjes/vrouwen die na vestiging in Nederland besneden zijn heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw spreekuur gezien?**  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
10. **Hoeveel meisjes/vrouwen heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw spreekuur gezien vanwege complicaties als gevolg van de besnijdenis?**  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
11. **Is het aantal besneden meisjes/vrouwen dat u op uw spreekuur ziet de afgelopen jaren toe- of afgenomen?**  
 toegenomen  
 ongeveer gelijk gebleven  
 afgenomen  
 weet niet  
 niet van toepassing
12. **Uit welke landen waren de besneden meisjes/vrouwen voornamelijk afkomstig?**  
(u mag meerdere antwoorden aankruisen)  
 Somalië  
 Egypte  
 Eritrea  
 Ethiopië  
 Soedan  
 Sierra Leone  
 anders, namelijk .....  
 weet niet

**13. Welke vormen van besnijdenis bent u tegengekomen?**

(u mag meerdere antwoorden aankruisen)

- incisie: prik of sneetje in de voorhuid van de clitoris
- circumcisie: het verwijderen van de voorhuid van de clitoris
- clitoridectomie/excisie: verwijdering van de clitoris (en een deel van de kleine schaamlippen)
- infibulatie (faraonische besnijdenis): verwijdering van clitoris, de kleine schaamlippen en (een deel van) de grote schaamlippen; na aaneenhechting van resterende schaamlippen blijft een kleine opening over voor menstruatiebloed en urine
- anders, namelijk .....
- weet niet

**KENNIS**

**14. Hoe zou u uw kennis over meisjes/vrouwenbesnijdenis omschrijven?**

- weinig
- gemiddeld/algemeen
- veel/gedetailleerd

**15. Vindt u dat u voldoende kennis bezit om meisjes/vrouwenbesnijdenis te bespreken met de vrouwelijke doelgroep?**

- ja
- nee
- weet niet

**16. Bespreekt u met een zwangere vrouw of een moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden?**

- altijd
- meestal wel
- soms
- meestal niet
- nooit

**17. Vindt u het bespreken van meisjes/vrouwenbesnijdenis bij aanstaande en jonge moeders uit risicolanden een taak voor uw beroepsgroep?**

- nee
- ja
- weet niet

Opmerkingen:

.....

.....

.....

## BIJLAGE II

### Vragenlijst JGZ-artsen/verpleegkundigen GGD/MOA, overige organisaties

#### ALGEMEEN

1. Tot welke beroepsgroep rekent u zichzelf?

- jgz-arts GGD  
 jgz-arts MOA  
 jgz-verpleegkundige GGD  
 jgz-verpleegkundige MOA  
 praktijkverpleegkundige  
 anders, namelijk .....

2. Komt u regelmatig in aanraking met meisjes/vrouwen uit risicolanden waar besnijdenis voorkomt, zoals Somalië, Egypte, Eritrea, Ethiopië en Soedan?

- ja  
 nee ➔ ga door naar vraag 6  
 weet niet ➔ ga door naar vraag 6

#### OMVANG

3. Hoeveel procent van de in Amsterdam wonende meisjes/vrouwen uit risicolanden is volgens u naar schatting besneden?

- |                           |        |                                    |
|---------------------------|--------|------------------------------------|
| alle risicolanden tezamen | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Somalië       | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Egypte        | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Eritrea       | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Ethiopië      | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Soedan        | .....% | <input type="checkbox"/> weet niet |

4. Is het percentage besneden meisjes uit risicolanden volgens u naar schatting in de afgelopen jaren toegenomen of afgenomen?

- toegenomen  
 ongeveer gelijk gebleven  
 afgenomen  
 weet niet

5. Hoeveel procent van de in Amsterdam wonende besneden meisjes/vrouwen is volgens u naar schatting na vestiging in Nederland besneden?

- |                           |        |                         |                                    |
|---------------------------|--------|-------------------------|------------------------------------|
| alle risicolanden tezamen | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Somalië       | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Egypte        | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Eritrea       | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Ethiopië      | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |
| vrouwen uit Soedan        | .....% | van de besneden vrouwen | <input type="checkbox"/> weet niet |

## **EIGEN ERVARINGEN**

6. **Bent u ooit met een geval van meisjes/vrouwenbesnijdenis geconfronteerd?**  
 ja, door direct contact  
 ja, alleen 'van horen zeggen' ➔ ga door naar vraag 14  
 nee ➔ ga door naar vraag 14
7. **Bent u ooit geconfronteerd met een meisje/vrouw die na vestiging in Nederland besneden is?**  
 ja, door direct contact  
 ja, alleen 'van horen zeggen'  
 nee  
 weet niet
8. **Hoeveel besneden meisjes/vrouwen heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw spreekuur gezien?**  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
9. **Hoeveel meisjes/vrouwen die na vestiging in Nederland besneden zijn heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw spreekuur gezien?**  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
10. **Hoeveel meisjes/vrouwen heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw spreekuur gezien vanwege complicaties als gevolg van de besnijdenis?**  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
11. **Is het aantal besneden meisjes/vrouwen dat u op uw spreekuur ziet de afgelopen jaren toe- of afgenomen?**  
 toegenomen  
 ongeveer gelijk gebleven  
 afgenomen  
 weet niet  
 niet van toepassing
12. **Uit welke landen waren de besneden meisjes/vrouwen voornamelijk afkomstig? (u mag meerdere antwoorden aankruisen)**  
 Somalië  
 Egypte  
 Eritrea  
 Ethiopië  
 Soedan  
 Sierra Leone  
 anders, namelijk .....  
 weet niet

**13. Welke vormen van besnijdenis bent u tegengekomen?**

(u mag meerdere antwoorden aankruisen)

- incisie: prik of sneetje in de voorhuid van de clitoris
- circumcisie: het verwijderen van de voorhuid van de clitoris
- clitoridectomie/excisie: verwijdering van de clitoris (en een deel van de kleine schaamlippen)
- infibulatie (faraonische besnijdenis): verwijdering van clitoris, de kleine schaamlippen en (een deel van) de grote schaamlippen; na aaneenhechting van resterende schaamlippen blijft een kleine opening over voor menstruatiebloed en urine
- anders, namelijk .....
- weet niet

**KENNIS**

**14. Hoe zou u uw kennis over meisjes/vrouwenbesnijdenis omschrijven?**

- weinig
- gemiddeld/algemeen
- veel/gedetailleerd

**15. Vindt u dat u voldoende kennis bezit om meisjes/vrouwenbesnijdenis te bespreken met de vrouwelijke doelgroep?**

- ja
- nee
- weet niet

**16. Bespreekt u met een zwangere vrouw of een moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden?**

- altijd
- meestal wel
- soms
- meestal niet
- nooit

**17. Vindt u het bespreken van meisjes/vrouwenbesnijdenis bij aanstaande en jonge moeders uit risicolanden een taak voor uw beroepsgroep?**

- nee
- ja
- weet niet

Opmerkingen:

.....  
.....

## BIJLAGE III

### Vragenlijst leerkrachten basisscholen

#### ALGEMEEN

- Tot welke beroepsgroep rekent u zichzelf?**  
 leerkracht basisschool ➔ van groep .....
  - leerkracht gym basisschool
  - anders, namelijk .....
- Komt u regelmatig in aanraking met meisjes/vrouwen uit risicolanden waar besnijdenis voorkomt, zoals Somalië, Egypte, Eritrea, Ethiopië en Soedan?**  
 ja  
 nee ➔ ga door naar vraag 6  
 weet niet ➔ ga door naar vraag 6

#### OMVANG

- Hoeveel procent van de in Amsterdam wonende meisjes/vrouwen uit risicolanden is volgens u naar schatting besneden?**  

alle risicolanden tezamen	.....%	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Somalië	.....%	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Egypte	.....%	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Eritrea	.....%	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Ethiopië	.....%	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Soedan	.....%	<input type="checkbox"/> weet niet
- Is het percentage besneden meisjes/vrouwen uit risicolanden volgens u naar schatting in de afgelopen jaren toegenomen of afgenomen?**  
 toegenomen  
 ongeveer gelijk gebleven  
 afgenomen  
 weet niet
- Hoeveel procent van de in Amsterdam wonende besneden meisjes/vrouwen is volgens u naar schatting na vestiging in Nederland besneden?**  

alle risicolanden tezamen	.....%	van de besneden vrouwen	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Somalië	.....%	van de besneden vrouwen	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Egypte	.....%	van de besneden vrouwen	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Eritrea	.....%	van de besneden vrouwen	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Ethiopië	.....%	van de besneden vrouwen	<input type="checkbox"/> weet niet
vrouwen uit Soedan	.....%	van de besneden vrouwen	<input type="checkbox"/> weet niet

## **EIGEN ERVARINGEN**

6. **Bent u ooit met een geval van meisjesbesnijdenis geconfronteerd?**  
 ja, door direct contact  
 ja, alleen 'van horen zeggen' ➔ ga door naar vraag 12  
 nee ➔ ga door naar vraag 12
7. **Bent u ooit geconfronteerd met een meisje die na vestiging in Nederland besneden is?**  
 ja, door direct contact  
 ja, alleen 'van horen zeggen'  
 nee  
 weet niet
8. **Hoeveel besneden meisjes heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw school gezien?**  
  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
9. **Hoeveel meisjes die na vestiging in Nederland zijn besneden heeft u naar schatting in de afgelopen 12 maanden op uw school gezien?**  
  
in totaal ..... meisjes/vrouwen  weet niet
10. **Is het aantal besneden meisjes dat u op uw school ziet de afgelopen jaren toe- of afgenomen?**  
 toegenomen  
 ongeveer gelijk gebleven  
 afgenomen  
 weet niet  
 niet van toepassing
11. **Uit welke landen waren de besneden meisjes voornamelijk afkomstig?**  
(u mag meerdere antwoorden aankruisen)  
 Somalië  
 Egypte  
 Eritrea  
 Ethiopië  
 Soedan  
 Sierra Leone  
 anders, namelijk .....  
 weet niet

**KENNIS**

12. **Hoe zou u uw kennis over meisjes/vrouwenbesnijdenis omschrijven?**  
 weinig  
 gemiddeld/algemeen  
 veel/gedetailleerd
13. **Vindt u dat u voldoende kennis bezit om meisjes/vrouwenbesnijdenis te bespreken met moeders uit risicolanden?**  
 ja  
 nee  
 weet niet
14. **Bespreekt u met de moeder van een meisje afkomstig uit een risicoland of zij plannen heeft haar dochter te laten besnijden?**  
 altijd  
 meestal wel  
 soms  
 meestal niet  
 nooit
15. **Vindt u het bespreken van meisjes/vrouwenbesnijdenis bij moeders uit risicolanden een taak voor uw beroepsgroep?**  
 nee  
 ja  
 weet niet

Opmerkingen:

.....

.....

.....



## BIJLAGE IV

### Brief professionals

Geachte heer/mevrouw,

De GG&GD Amsterdam en de GGD Hart voor Brabant zijn door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gevraagd om onderzoek te verrichten naar vrouwelijke genitale verminking (VGV) in Amsterdam en Tilburg. Wij vragen u hierbij om uw medewerking.

Vrouwelijke genitale verminking (VGV), ook wel vrouwenbesnijdenis genoemd, is sinds de jaren tachtig bekend geworden door de komst van onder andere Somaliërs, Soedanezen en Eritreërs in Nederland. De Nederlandse regering heeft alle vormen van vrouwenbesnijdenis verboden en stelt zich tot doel om VGV in Nederland te bestrijden. Om een effectief beleid te kunnen voeren zijn gegevens nodig over het aantal genitaal verminkte vrouwen en meisjes. Er zijn momenteel echter geen (betrouwbare) gegevens beschikbaar over de omvang van deze problematiek. Op verzoek van minister Hoogervorst van VWS is dan ook besloten om een beperkte, maar gerichte meting te doen naar de aard en omvang van VGV en de kennis over dit thema bij intermediairs in twee concentratiegebieden, te weten Amsterdam en Tilburg.

Deze meting moet aanbevelingen opleveren voor vervolgonderzoek, registratie en het volgen van ontwikkelingen (monitoring). Ook vormt deze meting een startpunt voor een regionale aanpak om de voorlichting aan de doelgroepen te verbeteren en de signaleringsmogelijkheden van alle betrokkenen te vergroten.

De *GG&GD Amsterdam/GGD Hart voor Brabant* voert het onderzoek voor *Amsterdam/Tilburg* uit. Daarbij is besloten om betrokken zorgverleners, andere professionals en derden te benaderen met een zeer korte vragenlijst.

U vindt de vragenlijst bij deze brief. Uw informatie is van groot belang. Wij verzoeken u dan ook vriendelijk de vragenlijst in te vullen en met behulp van de bijgevoegde retourenvelop aan ons terug te sturen **vóór 11 februari**.

Mocht u vragen hebben naar aanleiding van de vragenlijst of het onderzoek kunt u contact op nemen met (*betreffende onderzoeker*).

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

(algemeen directeur)

## BIJLAGE V

### Brief scholen

Geachte heer/mevrouw,

De GG&GD Amsterdam en de GGD Hart voor Brabant zijn door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gevraagd om onderzoek te verrichten naar vrouwelijke genitale verminking (VGV) in Amsterdam en Tilburg. Wij vragen u hierbij om uw medewerking.

Vrouwelijke genitale verminking (VGV), ook wel vrouwenbesnijdenis genoemd, is sinds de jaren tachtig bekend geworden door de komst van onder andere Somaliërs, Soedanezen en Eritreers in Nederland. De Nederlandse regering heeft alle vormen van vrouwenbesnijdenis verboden en stelt zich tot doel om VGV in Nederland te bestrijden. Om een effectief beleid te kunnen voeren zijn gegevens nodig over het aantal genitaal verminkte vrouwen en meisjes. Er zijn momenteel echter geen (betrouwbare) gegevens beschikbaar over de omvang van deze problematiek. Op verzoek van minister Hoogervorst van VWS is dan ook besloten om een beperkte, maar gerichte meting te doen naar de aard en omvang van VGV en de kennis over dit thema bij intermediairs in twee concentratiegebieden, te weten Amsterdam en Tilburg.

Deze meting moet aanbevelingen opleveren voor vervolgonderzoek, registratie en het volgen van ontwikkelingen (monitoring). Ook vormt deze meting een startpunt voor een regionale aanpak om de voorlichting aan de doelgroepen te verbeteren en de signaleringsmogelijkheden van alle betrokkenen te vergroten.

De GG&GD Amsterdam/GGD Hart voor Brabant voert het onderzoek voor Amsterdam/Tilburg uit. Daarbij is besloten om betrokken zorgverleners, andere professionals en derden te benaderen met een zeer korte vragenlijst.

U vindt de vragenlijst bij deze brief. Uw informatie is van groot belang. Wij verzoeken u dan ook vriendelijk om de vragenlijst te verspreiden onder de leerkrachten en de gymleerkracht(en) met daarbij de vraag of zij deze in willen vullen en met behulp van de bijgevoegde retourenvelop aan ons terug te sturen **vóór 11 februari**.

Mocht u vragen hebben naar aanleiding van de vragenlijst of het onderzoek kunt u contact op nemen met (*betreffende onderzoeker*).

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

(algemeen directeur)

## BIJLAGE VI

### Vragenlijst focusgroepinterviews VGV Tilburg

ALGEMEEN (in voorstellingsronde):

- (a) Naam
- (b) Leeftijd,
- (c) Wanneer naar Nederland gekomen?
- (d) Aantal kinderen
- (e) Iets anders over zichzelf laten vertellen (.....)

MEISJESBESNIJDENIS: WAAR, WANNEER, WELK TYPE?

1. Hebben jullie wel eens voorlichting gehad over meisjesbesnijdenis? (ijsbreker)
2. Als je het over meisjesbesnijdenis hebt, waarover heb je het dan?  
Of: Welke typen van meisjesbesnijdenis kennen jullie?
3. Hoe vaak komt het voor binnen jullie bevolkingsgroep, in Nederland? (% Somalische meisjes dat de laatste 10 jaar besneden is; verschillende vormen,)
4. Op welke leeftijd vindt het over het algemeen plaats?  
Geldt dat voor alle typen van meisjesbesnijdenis?
5. Waar wordt de besnijdenis gedaan? (Nederland, Somalië, andere landen: ....)

ATTITUDE EN INTENTIE TOT VERANDERING:

6. Wat is de reden dat meisjes besneden worden?  
(alle redenen die zij kennen uit hun bevolkingsgroep, b.v. hygiëne, onesthetisch, mythe, religie, sociale acceptatie, maagdelijkheid, familie-eer, controle vrouwelijke seksualiteit, bedreiging mannelijke seksualiteit, angst om geen partner te krijgen, ...)
7. Hoe denken jullie daar zelf over?  
(mening over verschillende typen besnijdenis en de redenen ervoor)
8. Heeft besnijdenis ook nadelen volgens jullie? (lichamelijke/ geestelijke gezondheidsklachten, seksualiteitsbeleving, geslachtsgemeenschap, bevalling, .....)
9. Is jullie mening over besnijdenis veranderd sinds jullie in Nederland wonen? Waarin is jullie mening veranderd?
10. Zijn jullie van plan, als jullie een dochter hebben of krijgen, hun te laten besnijden?  
Waarom wel/niet?  
(Eventueel, afhankelijk van de leeftijd van de deelnemers: Willen jullie dat jullie kleindochters worden besneden?)
11. Hoe denken jullie dat je er in de toekomst over zal denken? Zal besnijdenis van meisjes over 10 jaar nog voorkomen onder Somaliërs in Nederland? Waarom wel/niet?

## VERBOD OP BESNIJDENIS IN NEDERLAND

12. Inleiding over verbod in Nederland.  
Vraag: Wat vinden jullie hiervan?
13. Wat zou de Nederlandse overheid moeten doen? Waarom dat en hoe dan? eventueel doorvragen over voorlichting (aan wie?)
14. Wat zou de Nederlandse overheid juist niet moeten doen? eventueel doorvragen over controle.

## AFSLUITING

## BIJLAGE VII

### Draaiboek focusgroepinterviews Vrouwelijke Genitale Verminking

Datum:

Locatie:

Betrokkenen onderzoek

#### **9.00 uur: Voorbereiding en binnenkomst**

**Wie?**

- Ruimte inrichten naar verwachte aantal deelnemers
- Aanwezigheid materialen checken a.h.v. checklist
- Dictafoon installeren, bandje erin
- Deelnemers verwelkomen
- Naamkaartjes uitdelen en namen op (laten) schrijven
- Koffie en thee verzorgd?
- Checken: waar is toilet?
- Horloge op tafel om tijd in de gaten te houden

#### **9.30 uur: Openingswoorden**

- **Welkom heten en onszelf voorstellen**

**15 min.**

Welkom op deze groepsbijeenkomst allemaal. Fijn dat jullie aanwezig zijn. Ik zal beginnen met mezelf voor te stellen; ik ben..... Ik werk bij de GGD Hart voor Brabant als ..... (functie noemen). Ik zal vandaag de groep begeleiden. Naast mij zit ..... die als.... Bij de GGD werkt. Zij zal mij vandaag helpen bij het begeleiden van de groep. Ik zou graag "je" en "jullie" zeggen, is dat goed?

- **Huishoudelijke mededelingen** (koffie, thee, niet roken, toilet)

Voordat ik jullie uitleg ga geven over wat we vandaag gaan doen, wil ik nog even een paar algemene dingen zeggen. Koffie en thee staat gereed op de tafels; jullie kunnen hiervan gebruik maken wanneer jullie willen. Er wordt niet gerookt in deze zaal. Na ongeveer een uur houden we een korte pauze. Als je naar het toilet moet kun je daarheen gaan wanneer je wilt ... (zonodig uitleggen waar het toilet is).

- **Algemeen doel van het gesprek toelichten** (onderzoeksdoel)

De bijeenkomst van vandaag is bedoeld om met jullie te praten over (vrouwen- of) meisjesbesnijdenis..... (eventueel één term afspreken die we in het gesprek verder gebruiken) We willen graag weten wat jullie als Somalische vrouwen zelf denken en weten over meisjesbesnijdenis. Hoe meer wij hierover weten, hoe beter de GGD in de toekomst voorlichting kan verzorgen. .... (verder uitleggen over bredere onderzoek in opdracht van de minister?)

- **Praktische uitleg:** wat gaan we vandaag doen, wijze van observatie (tape, anonimiteit, takenverdeling begeleiders)
  - Het gesprek nemen we graag op de band op om ervoor te zorgen dat we niets missen van wat er gezegd wordt. Ik kan jullie echter garanderen dat jullie anoniem blijven: in het rapport dat we zullen schrijven worden geen namen genoemd. We zorgen er tevens voor dat de informatie in het rapport niet tot personen is te herleiden. Jullie hoeven er dus niet bang voor te zijn dat jullie herkenbaar zijn. Gaan jullie hiermee akkoord?
  - Mijn taak is om ervoor te zorgen dat we alles bespreken wat wij graag willen weten. Af en toe zal ik jullie dus misschien aanmoedigen om meer over bepaalde dingen te vertellen of juist moeten afkappen omdat we anders in tijdnood komen. Het is ook mijn taak om iedereen de kans te geven om iets te zeggen. Iedereen kan op een andere manier over de vragen denken. We willen graag ieders mening horen. Het gaat dus om jouw mening of ervaring. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is dus ook heel belangrijk dat we allemaal elkaars mening of gevoelens respecteren. Dat we goed naar elkaar luisteren zonder een oordeel te geven over de mening van een ander. Zullen we dat afspreken?
  - Jullie deelname aan dit gesprek is vrijwillig. Als er vragen zijn waar iemand geen antwoord op wil of kan geven, dan hoeft dat niet. En als iemand tussentijds wil stoppen, dan kan dat ook. We zullen dat steeds respecteren.
  - Om te zorgen dat de band goed te verstaan is, is het heel belangrijk dat jullie proberen rustig en duidelijk te praten en vooral om de beurt praten. Ik wil jullie vragen om je hand op te steken als je iets wilt zeggen en dat ik aangeef wie aan de beurt is. Is dat goed?
  - .....zal mij tijdens het gesprek helpen, onder andere om de tijd in de gaten te houden en om te volgen en op te schrijven hoe het gesprek verloopt.

**Zijn er vragen?** (deelnemers)

**9.45 uur: Voorstellingsronde**

**15 min.**

Dan wil ik nu graag een voorstellingsronde doen. Ik wil jullie vragen om behalve je naam te noemen, ook te vertellen hoe oud je bent, in welk jaar je in Nederland bent komen wonen, hoeveel kinderen je hebt en, als je wilt, een voedingsmiddel dat je in Nederland hebt leren eten en lekker vindt....(of iets anders persoonlijk dat bovendien gemakkelijk te vertellen is).

Aan einde checken dat iedereen een naamkaartje zichtbaar voor zich heeft staan.

**10.00 uur: Vragen A: meisjesbesnijdenis: waar, wanneer, welk type?**

**20 min.**

**Dictafoon aanzetten !!!**

Dan wil ik nu beginnen met het gesprek. De eerste vraag is:

**1. Hebben jullie wel eens voorlichting gehad over meisjesbesnijdenis? 4 min.**

Eventueel doorvragen: Wanneer en waar was dat?

**2. Als je het over meisjesbesnijdenis hebt, waarover heb je het dan? 5 min.**

(Of: Welke typen van meisjesbesnijdenis kennen jullie? Faraoni, Sunna-varianties )

De typen die genoemd worden op flap schrijven

**3. Hoe vaak komt het voor binnen jullie bevolkingsgroep, in Nederland? 5 min.**

doorvragen naar:

**Hoeveel Somalische meisjes zijn volgens jullie de laatste 10 jaar in Tilburg / Nederland besneden (één op de ...).**

doorvragen naar: **Om welk type besnijdenis gaat het dan vooral?**

Deze gegevens eventueel per type op flap noteren.

**4. Op welke leeftijd vindt het over het algemeen plaats? 3 min.**

**Geldt dat voor alle typen van meisjesbesnijdenis?**

Zo nee, per type besnijdenis op flap schrijven.

**5. Waar wordt de besnijdenis gedaan?**

**3 min.**

(Nederland, Somalië, andere landen: ....)

**10.20 uur: Vragen B: attitude en intentie tot verandering**

**25 min.**

**6. Wat is de reden dat Somalische meisjes die in Nederland leven besneden worden?**

**5 min.**

Eventueel doorvragen naar verschillende redenen die zij niet zelf noemen, b.v. hygiëne / schoonheid, religie, traditie, maagdelijkheid / controle vrouwelijke seksualiteit, sociale identiteit / acceptatie, sociale druk / familie-eer, bedreiging mannelijke seksualiteit, angst om geen partner te krijgen, economisch (bruidsprijs), .....

**7. Hoe denken jullie daar zelf over?**

**10 min.**

doorvragen naar wat zij zelf vinden van de redenen vóór besnijdenis.

doorvragen naar de verschillende typen besnijdenis

**8. Heeft besnijdenis ook nadelen volgens jullie?**

**10 min.**

Doorvragen naar lichamelijke en geestelijke (psychische) gezondheidsklachten als gevolg van besnijdenis (infecties, bloedingen, problemen met urineren en menstruatie, seksualiteitsbeleving, nachtmerries, problemen met geslachtsgemeenschap en bevalling, etc.), zowel op de korte als langere termijn.

*En: Hoe belangrijk zijn deze nadelen voor jullie?*

**10.45 uur: Korte pauze**

**10 min.**

**Dictafoon stopzetten, eventueel nieuw bandje erin stoppen.**

Ik wil nu even kort pauzeren. Laten we nog wat thee of koffie nemen. Over 10 minuten gaan we weer verder.

**10.55 uur: Vragen B (vervolg)**

**25 min.**

**Dictafoon aanzetten !!!**

Vlak voor de pauze spraken we over de redenen en mogelijke nadelen van meisjesbesnijdenis. Nu wil ik het graag hebben over wat jullie denken over meisjesbesnijdenis in de toekomst.



**9. Is jullie mening over besnijdenis veranderd sinds jullie in Nederland wonen?**

**Waarin is jullie mening veranderd? 5 min.**

Eventueel: Is jullie mening over besnijdenis anders dan die van familieleden in Somalië/ouders in Nederland?

**10. Zijn jullie van plan, als jullie een dochter hebben of krijgen, hun te laten besnijden? Waarom wel /niet? 10 min.**

Eventueel, afhankelijk van de leeftijd van de deelnemers:

***Willen jullie dat jullie kleindochters worden besneden?***

**11. Hoe denken jullie dat je er in de toekomst over zal denken? 10 min.**

Doorvragen: **Zal besnijdenis van meisjes over 10 jaar nog voorkomen onder Somaliërs in Nederland? Waarom wel/niet?**

**11.20 uur: Vragen C: verbod op besnijdenis in Nederland 20 min.**

Inleiding over verbod op vrouwenbesnijdenis in Nederland: 10 min.

Besnijdenis van vrouwen of meisjes is in Nederland sinds 1993 bij wet verboden en wordt gezien als een ernstige vorm van mishandeling van meisjes en vrouwen. ....

**12. Wat vinden jullie hiervan?**

**13. Wat zou de Nederlandse overheid moeten doen? 10 min.**

***Waarom dat en hoe dan?***

Eventueel doorvragen over voorlichting (aan wie?)

**14. Wat zou de Nederlandse overheid juist niet moeten doen?**

Eventueel doorvragen over controle.

**11.40 uur: Afsluiting 15 min.**

We zijn aan het einde gekomen van ons gesprek. We hebben heel veel gepraat over jullie ervaringen en meningen wta betreft meisjesbesnijdenis. Samengevat kunnen we zeggen dat .....

**3 min.**

***Heb ik zo goed gezegd wat we hebben besproken?***

Ik hoop dat jullie het een goede bijeenkomst vonden. Wij hebben er heel veel van geleerd. Ik wil jullie dan ook hartelijk bedanken dat jullie zijn gekomen en vooral ook omdat jullie zo open met ons over dit onderwerp hebben willen praten. Als dank krijgen jullie straks een tasje met een paar cadeautjes erin.

De informatie die we uit dit en twee andere gesprekken met Somalische vrouwen verkrijgen zullen we gebruiken om een rapport te schrijven. Dit zal onder andere gebruikt worden door de GGD om toekomstige voorlichting over meisjesbesnijdenis te verbeteren.

**Wat vonden jullie van de bijeenkomst?**

**5 min.**

- was er genoeg tijd?
- was de plaats geschikt?
- was het prettig om in de groep te praten?
- heb je genoeg ruimte gekregen om zelf te spreken?
- zijn er nog dingen die je nu graag zou willen zeggen? (max. 3 personen)

**Hebben jullie nog vragen?**

**5 min.**

Dan stel ik voor dat we het gesprek nu afronden. Nogmaals hartelijk bedankt en ik wens jullie nog een prettige dag!

**Dictafoon stopzetten!!**

**Attentie uitdelen**

**2 min.**

**11.55 uur: Naar huis**

## BIJLAGE VIII Thematisch raamwerk voor analyse van de focusgroepinterviews VGV

Thema	Subthema
<b>Nr. Omschrijving</b>	<b>Sleutelwoord</b> <b>Omschrijving</b>
<b>1</b> Voorkomen van meisjesbesnijdenis in Tilburg / Nederland	<p><b>Typen</b>      Verschillende vormen van besnijdenis die de vrouwen kennen</p> <p><b>%</b>      Percentage meisjes dat (nu nog in Tilburg/Nederland) besneden wordt</p> <p><b>Leeftijd</b>      Leeftijd waarop (de specifieke vorm van) besnijdenis plaatsvindt</p> <p><b>Plaats</b>      Plaats waar besnijdenis wordt uitgevoerd</p> <p><b>Na 10 jaar</b>      Verwachting t.a.v. voorkomen van meisjesbesnijdenis over 10 jaar in NL</p>
<b>2</b> Attitude t.a.v. meisjesbesnijdenis	<p><b>Redenen</b>      Redenen die vrouwen kennen vóór meisjesbesnijdenis</p> <p><b>Eigen mening</b>      Eigen mening / Houding t.a.v. meisjesbesnijdenis (verschillende vormen)</p> <p><b>Nadelen</b>      Nadelen van meisjesbesnijdenis die vrouwen kennen/ noemen</p> <p><b>Belang nadelen</b>      Belang dat de vrouwen hechten aan nadelen</p>
<b>3</b> Verandering in kennis, houding en (intentie tot) gedrag m.b.t. meisjesbesnijdenis	<p><b>Vroeger - Nu</b>      Verandering in de kennis en houding t.a.v. meisjesbesnijdenis sinds ongeveer 10-15 jaar / sinds ze in Nederland zijn</p> <p><b>Intentie</b>      Intentie om eigen (klein)dochter(s) te laten besnijden</p>
<b>4</b> De mening van de Somalische vrouwen t.a.v. (mogelijke) beleidsmaatregelen ter bestrijding van meisjesbesnijdenis.	<p><b>Verbod</b>      Mening t.a.v. het wettelijk verbod op meisjesbesnijdenis in NL en het feit dat de Nederlandse overheid meisjesbesnijdenis als een vorm van kindermishandeling beschouwt.</p> <p><b>Voorlichting</b>      Mening t.a.v. voorlichting (als instrument) om meisjesbesnijdenis te bestrijden</p> <p><b>Controlesysteem</b>      Mening t.a.v. invoering van een controlesysteem m.b.t. meisjesbesnijdenis.</p> <p><b>Overig</b>      Andere aspecten waar overheid rekening mee moet houden / wel en niet zou moeten doen ter bestrijding van meisjesbesnijdenis.</p>
<b>5</b> Belemmerende en bevorderende factoren ter bestrijding van meisjesbesnijdenis	<p><b>Belemmerend</b>      Factoren die de bestrijding van meisjesbesnijdenis (kunnen) belemmeren</p> <p><b>Bevorderend</b>      Factoren die de bestrijding van meisjesbesnijdenis (kunnen) bevorderen</p>

## Bijlage IX

### Verslag van gesprek met getrainde sleutelpersonen VGV

19 februari 2005, Pharos (Utrecht)

In de voorbereiding van dit rapport is overwogen om een kwalitatief onderzoek, conform de meting in Tilburg, onder door Pharos getrainde groep voorlichters uit de doelgroep te verrichten. Pharos heeft evenwel gemeend dat het niet mogelijk was op verantwoorde wijze een dergelijke omvangsmeting te houden onder deze groep voorlichters.

Om toch zo veel mogelijk kennis en ervaring te mobiliseren voor het totale onderzoek is besloten om met deze getrainde voorlichters een 'ronde tafel'-gesprek te voeren om te spreken over hun visie op VGV en de situatie in Nederland. Hieronder is een verslag van deze bijeenkomst opgenomen. Het gesprek kende verschillende beperkingen, waardoor informatie derhalve onvolledig is, te weten: 1) De deelnemers uit de groep kennen elkaar goed. Dat geeft potentieel onveiligheid en gevolgen voor toekomstige samenwerking. De groep, die bestaat in totaal uit 16 mensen, waaronder een tweetal mannen, is samen getraind om voorlichting over VGV te verzorgen. De ervaring met het onderwerp is groot en sommige deelnemers zijn al ruim tien jaar met dit thema bezig. Zij kennen de Somalische gemeenschap van binnenuit. 2) De groep hecht eraan hun positie als voorlichter te behouden. Zij willen niet graag als woordvoerder fungeren. Ook hebben zij aangegeven geen enkele rol te willen spelen in controle van naleving van het verbod in Nederland op VGV. Dit om elke suggestie van belangenverstrengeling tegen te gaan en hun volstrekte onafhankelijkheid te waarborgen. 3) De groep staat binnen de gemeenschap bekend als tegenstander van VGV. Eventuele geruchten zullen hen dus waarschijnlijk niet bereiken.

#### Deelnemers

De groep bestaat uit Somalische getrainde sleutelpersonen en voorlichters eigen taal en cultuur (preventie VGV). Er waren 16 personen aanwezig.

#### Doel bijeenkomst

Verkrijgen van meer inzicht in

1. Visie op VGV onder de doelgroep;
2. Inschatting van incidentie VGV door sleutelpersonen en voorlichters uit de doelgroep;
3. Inschatting van plaats waar VGV wordt uitgevoerd door sleutelpersonen en voorlichters uit de doelgroep;
4. Visie op Nederlands beleid inzake VGV met sleutelpersonen en voorlichters als woordvoerders van de doelgroep;
5. Ideeën over mogelijkheden handhaving verbod.

#### Ad 1. Visie op VGV onder de doelgroep

Vaak wordt in eerste instantie kritiek geuit bij (werving voor) voorlichtingen of bij het bespreekbaar willen maken van dit onderwerp door de doelgroep: *'we hebben zoveel andere problemen, waarom bemoeit de Nederlandse overheid zich hiermee, het is van onze cultuur'*.

#### Invloed van religie

Veel mensen willen hun dochters laten besnijden (soenna) omdat dit volgens hen in de Koran staat. Groot knelpunt is dat imams in Nederland daarover geen eenduidig en helder standpunt innemen. Dit valt ook niet op de korte termijn te verwachten. Sommige imams spreken zich op basis van de Koran uit vóór besnijdenis. Enkel anderen juist niet.

Steeds meer Somalische moeders zeggen steeds vaker dat ze geen infibulatie meer willen, maar wel soenna voor hun dochters. Onder soenna kunnen alle vormen van VGV worden verstaan behalve infibulatie. Maar meestal wordt bedoeld op een lichtere vorm. Men spreekt over 'grote' (excisie van de clitoris bijvoorbeeld) en 'kleine' soenna (een klein prikje of sneetje in voorhuid van de clitoris). De aanwezigen vinden dat hiernaar meer onderzoek zou moeten worden verricht.

### **Invloed van cultuur**

Soenna heeft ook te maken met reinheid. Veel mensen denken dat de clitoris iets vies is dat afgesneden moet worden. Veel Somaliërs hebben nog steeds de zorg 'wie gaat mijn dochter trouwen indien zij niet besneden is'. De moeder wil graag dat haar dochter een Somalische man trouwt en denkt dat de kans hierop klein is als haar dochter onbesneden is.

### **Invloed van familie**

De familiedruk vanuit Somalië is nog steeds groot. Moeders in Nederland worden onder druk gezet om hun dochters te laten besnijden. Ook al beseft men dat VGV niet goed is en verboden in Nederland, toch blijkt het veelal moeilijk weerstand te bieden tegen druk van de familie. Als moeders hun dochters niet laten besnijden, wordt dit geheim gehouden voor familie.

Jongeren durven steeds meer aan te geven dat zij niet besneden zijn. Zij gaan vrijer om met het onderwerp VGV. Maar men voelt ook nog schaamte als gevraagd wordt aan meisjes of vrouwen of ze besneden zijn. Vaak zeggen ze dan nee. Met name om het stigma rondom VGV in Nederland, waar vrouwenbesnijdenis als een weerzinwekkende praktijk wordt gezien. In sommige gevallen weten de zonen uit een gezin niet dat hun zussen besneden zijn. Zo vertelde iemand het verhaal van zonen die hierover vragen stelden aan hun moeder en haar ook ter verantwoording riepen 'Is dit met mijn zussen gebeurd?'

## **Ad 2. Inschatting van incidentie VGV door sleutelpersonen en voorlichters uit de doelgroep**

Ervaringen van de aanwezigen

- Drie jaar geleden de laatste ervaring gehad dat een familie een meisje wilde besnijden, maar dit is uiteindelijk niet gebeurd.
- Omdat mensen het in het geheim doen hoor je weinig.
- Via via heeft men gehoord dat men kinderen in andere landen laat besnijden, maar ook dat er een besnijdstster uit Italië komt om hier meisjes te besnijden. Dit zijn ervaringen van enkele jaren geleden.
- Via voorlichtingen en het netwerk is gehoord dat af en toe soenna is toegepast, maar dan wel in het buitenland.
- Een recente ervaring is er van een sleutelpersoon tijdens een voorlichting afgelopen jaar, waar een moeder aangaf haar dochters mee te nemen ('ergens', ze zei niet waar) om ze te laten besnijden. 'Niemand kan mij tegenhouden'.
- Het is niet duidelijk of het nog in Nederland gebeurt, je hoort het minder vaak. Wat niet wil zeggen dat het niet gebeurt. Mensen die het echt willen doen, zeggen het niet. Wat wel veel gehoord wordt tijdens voorlichtingen is dat men een lichte vorm wil, soenna. Als dit in Nederland verboden is zoeken ze een andere plek.

Geconcludeerd wordt dat er nu 'minder gehoord' wordt. Er zijn minder geruchten. De Somalische gemeenschap weet dat de sleutelpersonen tegen besnijdenis zijn, dus horen zij niet alle verhalen meer. Tussen 1992 –1999 zijn de meeste geruchten gehoord of de 'via via' verhalen dat mensen hun dochters hebben laten besnijden. Concreet meetbaar is moeilijk. Een voorlichter noemt het aantal van tien gevallen. Afgelopen jaar hebben twee sleutelpersonen twee berichten gehoord over een besnijdenis. Eind 2002 waren in Den Haag drie gezinnen die hun dochters wilden laten besnijden (en waarmee gesproken is).

Het blijft moeilijk om cijfers/aantallen/schattingen te noemen. Duidelijk wordt dat mensen twifelen. Veel mensen willen soenna. De familiedruk wordt als groot ervaren en veel mensen denken dat de Koran VGV legitimeert.

Met de voorlichting is een deel van de Somalische gemeenschap bereikt met name in de grote steden. Mensen die in kleinere plaatsen/dorpen wonen en vrij geïsoleerd wonen –dit betreft zowel gezinnen als alleenstaande moeders met (veel) kinderen- zijn nog niet bereikt. Zij komen ook minder makkelijk naar voorlichtingen.

Een veel gehoorde reactie van deelnemers aan voorlichtingsbijeenkomsten is dat men voor het eerst in een grote groep openlijk over dit onderwerp heeft gesproken. Mensen hebben vaak veel vragen, voelen zich betrokken bij het onderwerp en voeren soms heftige discussies. De voorlichtingen worden als leerzaam ervaren en zet mensen aan het denken. Reactie van veel deelnemers is dan ook dat de voorlichtingen gecontinueerd moeten worden.

### **Ad 3. Inschatting van plaats waar VGV wordt uitgevoerd door sleutelpersonen en voorlichters uit de doelgroep**

Ervaringen van de aanwezigen

- Men vermoedt dat een aantal jaren geleden meer besnijdsters uit het buitenland naar Nederland kwamen dan tegenwoordig en dat de mensen nu eerder naar het buitenland gaan om een besnijdenis te laten uitvoeren. Met name omdat de mensen nu voorzichtiger zijn geworden in verband met het verbod in Nederland. Maar ook omdat men gemakkelijker kan reizen en men het op deze manier dan ook nog beter geheim kan houden. Landen die genoemd zijn waar men naar toe gaat: Djibouti, Verenigde Arabische Emiraten, Kenia, Somalië, Dubai, Syrië, Egypte, Engeland.
- Gehoord dat moeders naar de Verenigde Arabische Emiraten gaan om soenna te laten doen. Dat kost 100 euro per kind.

### **Ad 4. Visie op Nederlands beleid inzake VGV met sleutelpersonen en voorlichters als woordvoerders van de doelgroep**

De deelnemers geven aan allen de lijn van preventie en voorlichting gericht op de langere termijn te willen volgen, met wetgeving als stok achter de deur. Zij onderscheiden hierin verschillende fasen. De eerste fase van het doorbreken van het taboe op spreken over VGV is achter de rug. In vergelijking met tien of twintig jaar geleden kan het onderwerp VGV nu besproken worden. Dat is een groot verschil en een enorme winst. Er zijn families die zich bewust zijn geworden dat VGV niet goed is. Zij willen het niet meer. Veel mensen twifelen nu. Voor het bereiken van gedragsverandering is het enerzijds nodig om nog enkele decennia door te gaan met de voorlichting. Anderzijds moet het probleem ook in Somalië worden aangepakt, waar men nog steeds voorstander is van besnijdenis. Religieuze leiders in Somalië geven niet aan dat er *geen* religieuze gronden zijn voor VGV, ook niet voor de mildere vorm van soenna. Dit is belangrijk omdat Somalië toch als thuisbasis wordt gezien.

Iedereen praat regelmatig met familie. Met name in het contact tussen moeder in Somalië en volwassen dochter in Nederland, is de centrale vraag: 'zijn je dochters al besneden?'.

Het belang van continuïteit in de voorlichting wordt door deze groep meermalen onderstreept. Dit werkt preventief. In het proces van bewustwording is dit blijvend van belang. Men hoopt dat over vijf jaar, door toenemend inzicht, het aantal besnijdenissen sterk zal zijn afgenomen. Daarin wordt belangrijk dat steeds meer mensen van VGV durven af te zien. Zij kunnen dan als een rolmodel fungeren voor anderen die nog twijfelen. Ook hoopt men dat er meer in Somalië wordt gedaan omdat hier de kern van het probleem ligt. De deelnemers onderstrepen ook het belang van voorlichting aan jongeren.

De deelnemers zelf en volgens hen ook de achterban is tegen verplichte controle. Veel gehoorde opmerkingen zijn: als hun dochters 'bekeken' gaan worden, gecontroleerd gaan worden, vertrekken ze uit Nederland. Controle wordt als een belediging en een stigma ervaren. En als belastend voor hun dochter(s). Een voorbeeld werd genoemd van een moeder die bij een consultatiebureau arts kwam voor een vaccinatie van haar dochter. De dochter werd ongevraagd door de arts lichamelijk onderzocht en de moeder beleefde dit als controle en was verontwaardigd.

#### **Ad 5. Ideeën over mogelijkheden handhaving verbod**

- Zoals hierboven genoemd is iedereen tegen verplichte controle. Het zou echter een ander verhaal zijn als het gebeurt in het kader van een algemeen lichamelijk onderzoek voor *alle* kinderen bij de school- of consultatiearts.
- Sleutelpersonen actiever inzetten, hun rol beter positioneren en uitbouwen. Bijvoorbeeld als op een consultatiebureau wordt opgevangen dat een moeder haar dochter wil laten besnijden. Sleutelpersonen kunnen een signalerende rol hebben. Zij moeten actief en zichtbaar blijven, ook in samenwerking met de reguliere zorg.
- Men moet goed voorlichten, maar ook duidelijk maken dat er regels zijn: als besneden wordt is dit strafbaar. Als Somalische families op reis gaan zou een brochure en/of cassettebandje ondersteunend kunnen werken: hiermee kan aan de familie worden aangetoond dat er bij terugkeer in Nederland problemen ontstaan omdat zij de Nederlandse wet overtreden bij besnijdenis. Kanttekening die hierbij gemaakt is dat goed moet worden nagedacht in welke context dit materiaal wordt meegegeven. Even snel op Schiphol dit aan mensen meegeven in de drukte van de reiskoorts werkt niet.
- Samenwerken met NGO's in Somalië.
- Bij het halen van vaccinaties voor een reis naar bijvoorbeeld Somalië kan bij de GGD ook informatie worden verstrekt.
- Meer voorlichting aan reguliere zorg over VGV.
- Voorlichting aan alleenstaande minderjarige meisjes, die onder stichting Nidos vallen.
- Inzetten van bereidwillige imams.

Stichting Pharos te Utrecht, februari 2005