

GESPREKSPROTOCOL MEISJESBESNIJDENIS



JUNI 2005



GGD nederland
VERENIGING VOOR GGD'EN



Landelijke Vereniging voor **Thuiszorg**



PHAROS

KENNISCENTRUM
VLUCHTELINGEN EN GEZONDHEID

VOORWOORD

Het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis is een handleiding voor artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg om, ter preventie van meisjesbesnijdenis, vanaf het eerste contact, gestructureerd een gesprek te voeren met ouders en familie van meisjes uit landen waar meisjesbesnijdenis wordt geïmplementeerd. Het gespreksprotocol gaat uit van de contactmomenten binnen het Basis Taken Pakket.

Het gespreksprotocol is tot stand gekomen met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), verstrekt aan de Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en met hulp van een werkgroep, bestaande uit inhoudelijk deskundigen uit het werkveld jeugdgezondheidszorg, inclusief de Medisch Opvang Asielzoekers (MOA) en in samenwerking met LVSV, LVT, LVW, GGD-Nederland, MOA, Pharos en FSAN.

Met dank aan de digitale achterban voor het meelezen en het leveren van commentaar.

I.A. van Eerdenburg-Keuning, projectleider, arts M&G

Leden van de werkgroep:

- M. Assink, wijkverpleegkundige
- J. Bijlsma-Schlösser, arts voor maatschappij en gezondheid
- M. Bos, JGZ verpleegkundige en GVO functionaris
- H. Brouwer, arts voor maatschappij en gezondheid
- A. M. van Dijk-Claessen, wijkverpleegkundige
- N. Huizer, consultatiebureauarts
- M. Kessels, GVO functionaris
- M. Veen, wijkverpleegkundige
- P.C.M. van Velsen, stafverpleegkundige
- J. Verburg, arts voor maatschappij en gezondheid in opleiding

Inhoudsopgave

1 Inleiding	7
1.1 Terminologie	7
1.2 Aanleiding	7
1.3 Doelstelling	7
1.4 Uitgangspunten	8
1.5 Gebruikers	8
2 Algemene informatie	9
2.1 Vormen van meisjesbesnijdenis	9
2.2 Achtergronden van meisjesbesnijdenis	9
2.3 Gezondheidsrisico's	9
2.4 Wetgeving in Nederland	10
3 Risicogroepen	11
3.1 Algemeen	11
3.2 Voorkomen van meisjesbesnijdenis in Nederland	11
3.3 Overzicht prevalentie meisjesbesnijdenis in land van herkomst	12
3.4 Overzicht van in Nederland wonende meisjes naar land van herkomst	13
4 Praktische gesprekshandleiding	15
4.1 Algemene aandachtspunten	15
4.2 Contactmomenten	17
4.2.1 Kind uit risicogroep, risico inventarisatie	17
4.2.2 Voorafgaand aan eerste huisbezoek	18
4.3 Eerste huisbezoek	21
4.4 Eerste Consultatiebureau bezoek	21
4.5 Contactmoment rond 18 maanden	21
4.6 Contactmoment 3 jaar 9 maanden	23
4.7 Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO) groep 1 of 2	23
4.8 Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO) groep 6 of 7	25
4.9 Contactmoment Voortgezet onderwijs	26
4.10 Instroomleerlingen	27
5 Sociale kaart	29
6 Literatuur	30
7 Bijlagen	31
7.1 Schema overzicht preventie meisjesbesnijdenis	31
7.2 Beslisboom	32
7.3 Informatie over de CD rom behorende bij het gespreksprotocol	33
7.4 Plaatjes normaal genitaal meisje en vormen van besnijdenis	34



1 Inleiding

Het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis heeft een plaats binnen het stappenplan ⁽¹⁾ van de Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN): "Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken" van maart 2004. Het is opgebouwd uit algemene informatie over meisjesbesnijdenis, risicogroepen en een praktische gesprekshandleiding.

1.1 Terminologie

Meisjesbesnijdenis wordt ook wel vrouwelijke genitale verminking (VGV) genoemd (in het Engels: female genital mutilation, fgm) of vrouwenbesnijdenis. In navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert de regering de term vrouwelijke genitale verminking om er geen misverstand over te laten bestaan dat het een zeer ernstig probleem is en dat het niet getolereerd wordt. Met termen als mutilatie en verminking wordt sterke afkeuring en morele verwerping uitgedrukt. Het gebruik van deze termen in de jeugdgezondheidszorg positioneert het probleem duidelijk, maar kan bij de mensen die VGV praktiseren confronterend werken. Dit is in het contact met medewerkers uit de JGZ niet wenselijk. Het is de bedoeling de betrokkene te bereiken. Omdat de besnijdenis bij meisjes plaatsvindt en om het gesprek te bevorderen met de mensen waar het om gaat, wordt in dit gespreksprotocol de term meisjesbesnijdenis gehanteerd.

1.2 Aanleiding

Naar aanleiding van de discussie over verplichte controle op meisjesbesnijdenis bij meisjes uit de risicogroepen en/of preventie is in maart 2004 als alternatief voor de verplichte controle, die de AJN als ongewenst beschouwt, een stappenplan ⁽¹⁾ opgesteld.

Dit stappenplan "Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken" bevat als belangrijk onderdeel het gespreksprotocol om het gesprek met de doelgroep, te weten ouders en familie van het meisje dat het risico loopt besneden te worden, gestructureerd te voeren uitgaande van de contactmomenten van het Basis Taken Pakket (BTP) 0-19 jaar.

Eind 2004 heeft de AJN subsidie van het ministerie van VWS ontvangen voor de ontwikkeling van dit gespreksprotocol als onderdeel van het stappenplan. Het gespreksprotocol is bestemd voor artsen en verpleegkundigen werkzaam binnen de JGZ 0-19 jaar.

1.3 Doelstelling

Het gespreksprotocol heeft als doel:

Bieden van handvatten voor professionals voor het bespreken van het onderwerp meisjesbesnijdenis ter preventie van meisjesbesnijdenis.

- **Primaire preventie:**

Primaire preventie van meisjesbesnijdenis zien we als het streven naar effectief voorkomen van besnijdenis bij meisjes afkomstig uit samenlevingen waarin dit gebruik gepraktiseerd wordt. Deze meisjes lopen op basis van hun afkomst en achtergrond het risico om besneden te worden.

Preventie van meisjesbesnijdenis betekent niet altijd dat ouders of betrokkenen ook de mening toegedaan zijn dat meisjesbesnijdenis onwenselijk is of dat ouders of betrokkenen niet zullen proberen meisjesbesnijdenissen wel te laten plaatsvinden. Preventie is niet hetzelfde als attitudeverandering. Ook wanneer ouders graag zouden zien dat hun dochters besneden worden, maar dat niet laten uitvoeren omdat de mogelijkheden ontbreken of omdat vervolging dreigt, is preventie succesvol ⁽⁴⁾.

Natuurlijk is attitudeverandering, het overtuigd raken van de negatieve gevolgen en de onwenselijkheid van meisjesbesnijdenis, te prefereren boven het voorkomen ervan omdat vervolging dreigt. In beide situaties echter is er sprake van succesvolle preventie.

Primaire preventie is dus het voorkomen, het verhoeden van het plaatsvinden van meisjesbesnijdenis, zowel in Nederland als tijdens (vakantie)verblijf in het buitenland ⁽⁴⁾, zowel in Europa als het land van herkomst.

- **Secundaire preventie:**

Secundaire preventie is onderdeel van de taken binnen de JGZ. Secundaire preventie is gericht op het zo vroeg mogelijk opsporen van besneden meisjes en op het signaleren van de gevolgen van de ingreep om vervolgens hulp te kunnen bieden. Voor het aanpakken van lichamelijke en psychische gevolgen zal verwezen worden. In het kader van behandeling spreken we van tertiaire preventie.

1.4 Uitgangspunten

Voor het ontwikkelen van het gespreksprotocol zijn een aantal uitgangspunten geformuleerd. Deze uitgangspunten zijn:

- Meisjesbesnijdenis moet een normaal en gestructureerd gespreksonderwerp zijn binnen de jeugdgezondheidszorg, passend in de contacten binnen het BTP met ouder(s) van meisjes en meisjes uit landen van herkomst waar meisjesbesnijdenis geïmplementeerd wordt.
- Het onderwerp meisjesbesnijdenis wordt open en actief aangekaart bij het eerste contact met risicogezinnen.
- JGZ medewerkers dragen een eenduidige boodschap uit. Meisjesbesnijdenis is in Nederland in alle vormen bij de wet verboden, vanwege de onaanvaardbare aantasting van de lichamelijke integriteit van meisjes, de rechten van het kind en de gezondheidsrisico's. VGV is als verbijzondering van kindermishandeling een misdrijf.
- Het gespreksprotocol maakt deel uit van het stappenplan "Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken" van de AJN.

1.5 Gebruikers

De gebruikers van het gespreksprotocol zijn de artsen en verpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar.

2 Algemene informatie over meisjesbesnijdenis

2.1 Vormen van meisjesbesnijdenis

Meisjesbesnijdenis is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen. De volgende vormen (voor plaatjes zie bijlage 7.4) worden toegepast:

- *Incisie* - prik of sneetje in de voorhuid van de clitoris.
- *Clitoridectomie* – excisie van de clitoris.
- *Excisie* - verwijdering van de gehele clitoris en kleine schaamlippen of een gedeelte hiervan; excisie kent meerdere varianten.
- *Infibulatie of faraonische besnijdenis* - gehele verwijdering van de clitoris, de kleine schaamlippen en een gedeelte van de grote schaamlippen. Na hechting van de resterende schaamlippen blijft een zeer kleine opening over voor menstruatiebloed en urine. Ook van infibulatie zijn meerdere varianten mogelijk. Bij Somalische vrouwen komt deze vorm in het land van herkomst het meest voor.

Daarnaast worden in verband met meisjesbesnijdenis de termen defibulatie en herinfibulatie gebruikt. Defibulatie is het vergroten van de opening of het opheffen van de obstructie, meestal vóór het huwelijk of een bevalling. Herinfibulatie is het opnieuw hechten van de resterende delen van de schaamlippen, onder meer na een bevalling.

2.2 Achtergronden van meisjesbesnijdenis

Ouders laten de besnijdenis uitvoeren uit ouderliefde, om het meisje te beschermen en om haar toekomst veilig te stellen. Het besnijdenisritueel wordt gezien als een vreugdevolle gebeurtenis, een feest, dat het meisje volwaardig toegang biedt tot de gemeenschap. De volgende redenen worden gegeven:

- Het besnijden bepaalt mede de vrouwelijke etnische identiteit van het meisje. Het markeert de toetreding tot de eigen groep of samenleving. Dit heeft te maken met opvattingen, waarden en normen rond zaken als maagdelijkheid, kuisheid en reinheid.
- Het beschermt de maagdelijkheid van het meisje.
- Het vergroot haar huwelijkskansen.
- Het besneden zijn lijkt de enige manier om dochters een respectabel leven te laten leiden. Het gaat om een eeuwenoude traditie waarbij de familiedruk om deze in stand te houden groot is.
- Een niet besneden meisje beschouwt men als onrein, haar wordt ongeremd seksueel gedrag toegedicht en zij kan worden verstoten.

Meisjesbesnijdenis is een oud cultureel gebruik waarvan de herkomst niet duidelijk is. Hoewel de mensen die meisjesbesnijdenis toepassen, overwegend moslim zijn en uit Afrikaans/Arabische Islamitische landen komen, is het geen gebruik uit de Islam en wordt het niet in de Koran genoemd. Meisjesbesnijdenis wordt ook gepraktiseerd bij mensen met een andere geloofsovertuiging, zoals christelijke.

2.3 Gezondheidsrisico's

Meisjesbesnijdenis kan psychische klachten en problemen met betrekking tot seksualiteit veroorzaken. De kans op lichamelijke klachten en medische complicaties is groot, zowel tijdens de ingreep als ook daarna. Bij infibulatie komen de meeste klachten voor. Veel vrouwen ervaren de klachten niet als samenhangend met de besnijdenis, maar behorend bij het vrouw zijn. Wanneer zij de relatie leggen tussen besnijdenis en gezondheidsrisico's, is een gesprek mogelijk over het niet accepteren van meisjesbesnijdenis⁽³⁾ in Nederland. Ouders en meisjes uit landen van herkomst waar de lichtere vormen worden gepraktiseerd, zullen deze klachten niet herkennen en niet op hun eigen situatie betrekken.

Directe gevolgen tijdens en na de ingreep

- extreme pijn (wanneer de ingreep zonder verdoving plaatsvindt);
- klachten bij urinelozing (pijn bij plassen, ophoping urine in de blaas);
- overmatig bloedverlies;
- kans op infectie;
- kans op overlijden van het meisje.

Mogelijke gevolgen na de ingreep

- pijnlijke seksuele gemeenschap;
- medisch ingrijpen om seksuele gemeenschap en bevalling mogelijk te maken;
- menstratieklachten en moeilijke en/of pijnlijke urinelozing;
- urineweginfectie;
- chronische pijn in de onderbuik;
- onvruchtbaarheid door gynaecologische infecties;
- littekenvorming;
- moeilijk inwendig onderzoek (uitstrijkje);
- obstetrische complicaties;
- in latere fase psychosomatische en psychosociale effecten.

2.4 Wetgeving in Nederland

De Nederlandse overheid heeft, evenals een aantal andere Europese landen, alle vormen van meisjesbesnijdenis verboden. In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht valt meisjesbesnijdenis onder opzettelijke mishandelingsdelicten of onder het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. De straf bedraagt vier jaar gevangenis voor zware mishandeling met voorbedachten rade. Indien de besnijdenis door een ouder zelf wordt uitgevoerd op de eigen dochter, kan de straf met een derde worden verhoogd (artikel 304 sub 1). Ook in het geval dat de ouders opdracht geven voor een besnijdenis, hiervoor betalen, middelen leveren waarmee de besnijdenis wordt uitgevoerd en/of meehelpen tijdens de besnijdenis, zijn zij strafbaar. Deze handelingen worden beschouwd als mededaderschap, uitlokking dan wel medeplichtigheid (artikel 47 en 48). Artsen die meewerken aan meisjesbesnijdenis, kunnen worden berecht op grond van het medisch tuchtrecht.

De voormalige Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid heeft richtlijnen uitgebracht hoe te handelen bij een melding van meisjesbesnijdenis in Nederland, zowel bij een mogelijk aanstaande als bij een al in Nederland verrichte besnijdenis (GHI Bulletin maart 1994). Een meisje laten besnijden in een land waar dit niet strafbaar is, zoals vaak tijdens verblijf in het land van herkomst gebeurt, is in Nederland niet strafbaar. De regering heeft echter in 2004 plannen bekend gemaakt om dit te veranderen. De ouders kunnen wel berecht worden, wanneer men betrokkenheid kan aantonen met het strafbare feit en deze betrokkenheid in Nederland heeft plaatsgevonden.

De overheid heeft geen bevoegdheden om groepen burgers te verplichten mee te werken aan lichamelijk onderzoek met het doel meisjesbesnijdenis vast te stellen ⁽⁸⁾. Bewijs verkregen bij afgedwongen controle zal in dit geval door de rechter onrechtmatig worden verklaard. Deze maatregel is dus niet effectief bij het opsporen en vervolgen van meisjesbesnijdenis.

In het vreemdelingenrecht kan het risico van besnijdenis een reden zijn voor verblijfsrecht. De relatie tussen gezondheidskwesties, risico's op mishandeling en verblijfsrecht is complex en voorlichting over het vreemdelingenrecht hoort dan ook niet thuis in dit gespreksprotocol. Wanneer in een gesprek met een asielzoek(st)er of een andere vreemdeling(e) een relatie wordt gelegd tussen verblijfsrecht in Nederland en vrouwenbesnijdenis kan de ouder of het meisje geadviseerd worden deze vragen voor te leggen aan de rechtshulp.

3 Risicogroepen

Risicogroepen worden hier in een apart hoofdstuk besproken ten behoeve van de onderbouwing van gemeentelijk beleid. Risicogroepen benadering is goed inpasbaar binnen het maatwerk deel van het BTP voor aanvullende activiteiten die nodig zijn voor preventie van meisjesbesnijdenis zoals b.v. extra huisbezoeken, groepsvoorlichting.

In de regio's waar veel mensen uit landen waar meisjesbesnijdenis gepraktiseerd wordt wonen, kan de uitvoering van het gespreksprotocol leiden tot een hogere werkdruk. Met behulp van onderstaande gegevens kan dit zichtbaar worden gemaakt.

3.1 Algemeen

De World Health Organisation (WHO) schat het totaal aantal besneden meisjes en vrouwen in de wereld tussen 100 en 140 miljoen. Per jaar komen er naar schatting ruim twee miljoen meisjes bij. Dat is zo'n 6.000 meisjes per dag, 1 per 15 seconden. Het komt voor in ruim 20 Afrikaanse landen (zie kaart) en bij bevolkingsgroepen in een aantal landen in het Nabije Oosten (zoals Jemen en Oman) en Azië (Indonesië). In Somalië, Djibouti, Noord-Soedan en Mali worden bijna alle vrouwen besneden en wordt meestal de meest ingrijpende vorm – infibulatie – toegepast.

Besnijdenis vindt meestal plaats bij jonge meisjes; de exacte leeftijd verschilt per land. Bij Somalische meisjes ligt de leeftijd tussen hun 6^e en 10^e jaar, vóór de eerste menstruatie. De ingreep gebeurt vaak tijdens schoolvakanties, zodat de meisjes kunnen herstellen.

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat er op 1 januari 2003 ongeveer 48.000 vrouwen in Nederland wonen die afkomstig zijn uit landen waar meisjesbesnijdenis van oudsher voorkomt. Het gaat hierbij vooral om vrouwen uit Somalië, Ghana en Egypte. Onder hen bevinden zich circa 20.000 meisjes tussen de één en zestien jaar. Asielzoekers en niet legaal in Nederland verblijvende vrouwen en meisjes vallen buiten deze cijfers.

3.2 Voorkomen van meisjesbesnijdenis in Nederland

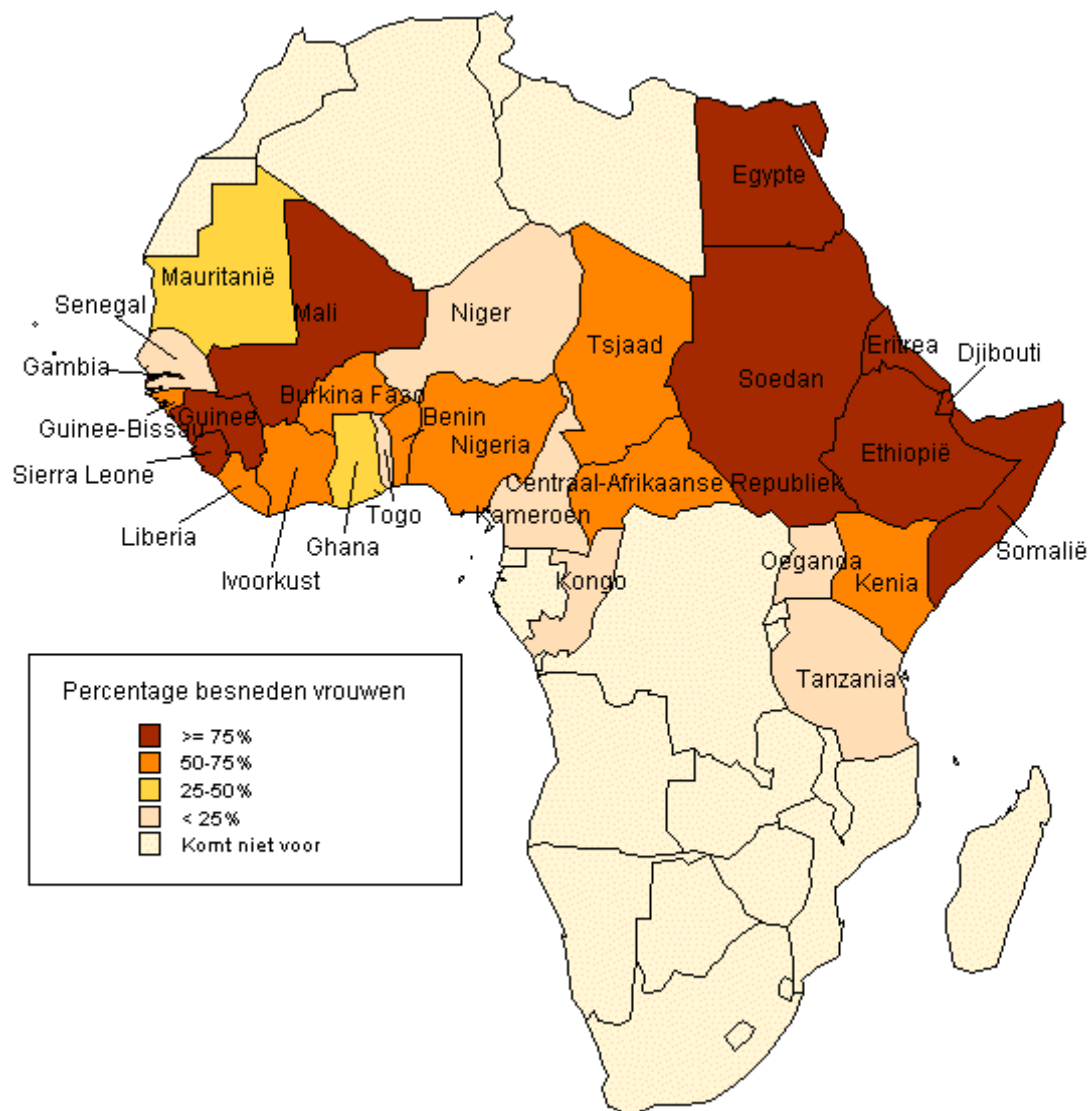
Over het aantal besneden vrouwen en meisjes dat in Nederland verblijft, bestaan geen harde gegevens, evenmin als over het uitvoeren van meisjesbesnijdenis in Nederland. Het is echter een publiek geheim dat families meisjes naar het buitenland sturen om de ingreep daar te laten uitvoeren.

Geschatte omvang

Uitkomsten van het onderzoek ⁽³⁾ gedaan op verzoek van een speciale commissie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) wijzen erop dat meisjesbesnijdenis, ondanks dat het sinds 1993 bij wet verboden is in Nederland, nog voorkomt in ons land. Naar schatting worden jaarlijks tenminste 50 in Nederland woonachtige meisjes besneden.

De frequentie van meisjesbesnijdenis in Nederland ligt wel lager dan in de landen van herkomst maar dit wil niet zeggen dat dit het gevolg van attitude verandering is. Wel geven ouders aan over te gaan op minder ernstige vormen van meisjesbesnijdenis, welke is niet duidelijk ^(3, 6). Infibulatie wordt dus onder in Nederland woonachtige mensen uit de doelgroep minder gepraktiseerd.

3.3 Overzicht prevalentie meisjesbesnijdenis in het land van herkomst



3.4 Overzicht van in Nederland wonende meisjes naar land van herkomst (tabel 1)

In Nederland vinden we op dit moment volgens het CBS (cijfers 1 januari 2003) de volgende absolute aantallen van meisjes van 0 t/m 16 jaar van de Afrikaanse populatie, waar meisjesbesnijdenis in het land van herkomst wordt gepraktiseerd. De cijfers zijn beschikbaar voor bevolkingsgroepen met meer dan 100 meisjes onder de 16 jaar in Nederland.

In de tabel zijn de absolute aantallen meisjes onder de 16 jaar, gerangschikt naar het land van herkomst, opgenomen. In de kolommen daarna zijn achtereenvolgens opgenomen het percentage besneden vrouwen, de vormen van besnijdenis en het bestaan van specifieke wetgeving tegen meisjesbesnijdenis in het land van herkomst volgens www.meisjesbesnijdenis.nl

Er kan een flinke spreiding in opgegeven percentages bestaan en enige voorzichtigheid met de interpretatie is nodig. De prevalentie van meisjesbesnijdenis in deze landen kan soms sterk variëren per etnische groep. In sommige landen wordt meisjesbesnijdenis zeer lokaal gepraktiseerd en zijn de data niet representatief voor het gehele land maar refereren aan een regio.

Verder wordt er in veel landen op dit moment aan wetgeving gewerkt. Handhaving blijkt lokaal onder invloed van de traditie niet altijd te realiseren.

Via www.cbs.nl en doorklikken naar statline kan op postcode worden gezocht. Op die manier kan er een overzicht voor de eigen regio worden gemaakt van het aantal mensen en meisjes onder de 16 jaar per bevolkingsgroep in een omschreven gebied. Het land van herkomst is ook bij vluchtelingen met een status via de gegevens vanuit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) te verkrijgen.

Tabel 1

Land	Aantal meisjes 0 t/m 16 jaar	Percentage besnijdenis in land van herkomst	Vorm besnijdenis	Specifieke wetgeving tegen VGV
Benin		50 %	Excisie	Geen
Burkino Faso		70 %	Excisie	Specifiek tegen
Centraal Afrikaanse Republiek		50 %	Clitoridectomie en excisie	Specifiek tegen
Congo (DRC)	1673	50 %	Excisie	Geen
Djibouti		95 %	Excisie en infibulatie	Specifiek tegen
Egypte	3209	97 %	Clitoridectomie, excisie en infibulatie	Specifiek tegen
Eritrea		90 %	Clitoridectomie, excisie (en infibulatie)	Geen
Ethiopië	1601	90 %	Clitoridectomie, excisie en infibulatie	Geen
Gambia		70 %	Excisie (infibulatie)	Geen
Ghana	3274	20 %	Excisie	Specifiek tegen
Guinee	269	80 %	Clitoridectomie, excisie en infibulatie	Specifiek tegen
Guinee Bissau		50 %	Clitoridectomie en excisie	Geen
Ivoorkust		60 %	Excisie	Sinds kort specifiek tegen
Kameroen	250	20 %	Clitoridectomie en excisie	Specifiek tegen
Kenia	471	50 %	Clitoridectomie, excisie (soms infibulatie)	Geen
Liberia	470	55 %	Excisie	Geen
Mali		90 %	Clitoridectomie en excisie, (in het zuiden) infibulatie	Geen
Mauritanië		25 %	Clitoridectomie en excisie	Geen
Niger		20 %	Excisie	Geen
Nigeria	1410	50 %	Clitoridectomie, excisie en (noord westen) kleine schaal infibulatie	Geen
Oeganda	130	5 %	Clitoridectomie en excisie	Geen
Senegal	204	20 %	Excisie	Specifiek tegen
Sierra Leone	413	85 %	Excisie	Geen
Somalië	5714	98 %	Infibulatie	Geen
Soedan	897	90 %	Infibulatie (excisie)	Specifiek tegen muv lichte vorm incisie
Tanzania	279	10 %	Excisie en infibulatie	Geen
Tjaad (Chad)		60 %	Excisie, infibulatie (langs grens met Soedan)	Geen
Togo	172	12 % in Noorden van het land	Excisie	Geen

4 Praktische gesprekshandleiding

4.1 Algemene aandachtspunten

In Nederland zijn sinds 1993 bij wet alle vormen van meisjesbesnijdenis, ter bescherming van de gezondheid van het kind, verboden. In Nederland hebben kinderen daarmee recht op deze bescherming.

Alle kinderen in Nederland krijgen JGZ aangeboden. In de JGZ komt het onderwerp meisjesbesnijdenis **niet éénmalig** ter sprake maar keert steeds terug tot er zekerheid bestaat dat het risico voor dit meisje om besneden te worden niet of niet meer aan de orde is.

Een letterlijk te volgen gesprekshandleiding is nooit mogelijk en wenselijk. Elk gesprek zal verschillend verlopen. Wel zijn er uitgangspunten⁽⁷⁾ te geven voor het voeren van dit soort gesprekken over gevoelige onderwerpen. Het stelt eisen aan de communicatieve vaardigheden van de arts en de verpleegkundige. Vaardigheden die zij voor elk gespreksonderwerp nodig hebben. Daarnaast is kennis over meisjesbesnijdenis nodig.

Tijdens elk gesprek over meisjesbesnijdenis gelden de volgende aandachtspunten:

- toon respect voor de persoon, de cultuur en de situatie;
- toon geduld en respecteer het dilemma waarin de moeders/ouders verkeren;
- zorg voor een veilige sfeer;
- investeer tijd en moeite in een vertrouwensrelatie met betrokkene;
- kaart het thema open en actief aan;
- nodig jezelf uit als gesprekspartner met kennis van zaken;
- stel je lerend en vragend op;
- binnen de cultuur zijn de positieve aspecten belangrijk: feest, betere huwelijkskansen, ik hoor erbij, het is mooi.

Denk aan de volgende mogelijkheden ter ondersteuning van het gesprek:

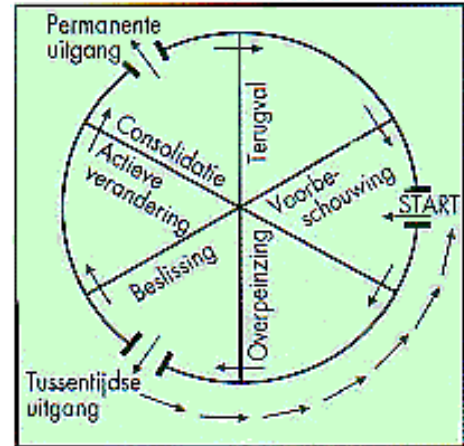
- maak gebruik van de binnen de reguliere contactmomenten BTP bestaande mogelijkheden;
- betrek de echtgenoten bij het onderwerp;
- maak gebruik van de mogelijkheden binnen de sociale kaart, zoals sleutelfiguren, voorlichters eigen cultuur;
- maak gebruik van netwerken die zich om meisjesbesnijdenis bekommeren;
- maak gebruik van de tolktelefoon.

MOTIVATIONELE GESPREKSVOERING

De principes van motivationele gespreksvoering liggen ten grondslag aan de praktische handleiding van het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis.

Het model

Een verandering, in dit geval gedragsverandering ten aanzien van meisjesbesnijdenis, verloopt procesmatig. Het is als het ware een draaideurmodel (zie figuur) waarbij de ouder in elk segment van deze draaideur een aantal klussen moet klaren voordat zij/hij verder kan. De ouder doorloopt bewust of onbewust verschillende fases voordat zij/hij tot een definitieve keuze komt. Het is de taak van de hulpverlener om de ouder hierin te ondersteunen. Voor de hulpverlener is het essentieel om te kunnen duiden in welke fase van het veranderingsproces (de cirkel) de ouder zich bevindt. Deze fase bepaalt de interventies van de hulpverlener en/of die al dan niet succesvol zullen zijn.



De fases

Telkens moet men zich afvragen in welke fase de moeder en/of vader zich bevindt.

Fase 1: voorbeschouwing

De moeder en/of vader is zich niet bewust van het probleem. De relatie tussen de besnijdenis en gezondheidsproblemen wordt niet gelegd. Voorlichting kan verzet oproepen. Versterken van het zelfbeeld is belangrijk.

Fase 2: overpeinzing

De moeder en/of vader is zich bewust van het probleem. Voorlichting over de gezondheidsrisico's na meisjesbesnijdenis en over de wetgeving in Nederland, rechten en bescherming van het kind, is van belang. Voor- en nadelen worden afgewogen om tot een beslissing te komen.

Ook de mening van anderen (vader en/of moeder, familie, omgeving, zelfhulp groepen) is van belang.

Fase 3: beslissing

De moeder en/of vader neemt een beslissing om de dochter wel of niet te laten besnijden. Afhankelijk van de beslissing is of extra voorlichting of juist ondersteuning nodig.

Fase 4: actieve verandering of actie

Ondersteuning door de hulpverlener is nodig.

Fase 5: consolidatie

De keuze maakt deel uit van het gedrag van de persoon.

Er kan altijd een terugval komen en dan moeten dezelfde fases opnieuw worden doorlopen.

Vragen bij de fases

Fase 1 en 2

Ziet moeder en/of vader (meisjes)besnijdenis als een probleem?

Fase 2

Hoe denkt moeder en/of vader over meisjesbesnijdenis?

Wat weet moeder en/of vader over gezondheidsrisico's en de wet?

Welke invloed heeft de familie (in Nederland en in het land van herkomst) en de omgeving?

Fase 3

Kan moeder en/of vader de beslissing zelfstandig nemen? Voelt zij zich voldoende zeker?

Fase 4

Welke ondersteuning kan geboden worden?

4.2 Contactmomenten

In dit hoofdstuk wordt voor een aantal contactmomenten volgens de richtlijn “contactmomenten” van het Platform-JGZ besproken, welke aandachtspunten van belang zijn bij het voeren van een gesprek over meisjesbesnijdenis. Een gesprek dat met de ouders of verzorgers en later met het meisje gevoerd moet worden ter preventie van meisjesbesnijdenis. Risico inventarisatie helpt bij het bepalen van de kans op besnijdenis voor het meisje en is om die reden apart beschreven.

De contactmomenten waarop ten minste onderdelen van de risico inventarisatie en uiteindelijk een volledige risico inventarisatie moeten zijn verricht, zijn beschreven. Deze contactmomenten zijn gekozen op basis van de productgroepen van het BTP die binnen deze contactmomenten aan de orde zijn en waarbij voor de risico inventarisatie kan worden aangesloten. Dat wil niet zeggen dat er in de tussenliggende periode geen aandacht zou moeten worden besteed aan dit onderwerp, maar bepalend hiervoor is het verloop van de contacten en de gesprekken over dit onderwerp. Aan de andere kant is het belangrijk de ouder(s) niet te overvragen over dit onderwerp om verzet of onmiddellijke afwijzing te voorkomen.

Een aantal mogelijke reacties van ouder(s) op gestelde vragen zijn in een kader op pagina 20 opgenomen, omdat deze reacties zich tijdens alle contactmomenten kunnen voordoen.

4.2.1 Kind afkomstig uit de risicogroep, risico inventarisatie

De mate van risico op besnijdenis bij een meisje kan bepaald worden op basis van de volgende risico inventarisatie:

- land van herkomst;
- percentage van voorkomen besnijdenis in land van herkomst (zie tabel 1, pagina 14);
- **moeder van het meisje is besneden;**
- **oudere zusjes**, woonachtig in Nederland of in thuisland, **zijn** in het thuisland **besneden;**
- gezin met veel familie in Nederland (familiedruk);
- gezin dat nog niet of slecht geïntegreerd is (taal, sociale contacten, werkloosheid);
- gezin, dat regelmatig terugkeert naar het land van herkomst.

Het is niet zo dat al deze vragen direct beantwoord moeten worden in het eerste contact, maar ze dienen in de loop van de contacten aan de orde te komen om een inschatting te maken over het risico dat een individueel meisje loopt om besneden te worden.

Daarnaast zijn de volgende punten van belang:

- Hoe staat de partner tegenover besnijdenis, de moeder van moeder, de moeder van vader en de familie?
- Hoe zijn de contacten binnen dezelfde etnische groep, wordt er druk uitgeoefend of heeft moeder en/of vader juist steun aan de groep? Hoe ziet de sociale omgeving van moeder eruit, wie is haar vraagbaak, steun en toeverlaat als het om vrouwenaangelegenheden gaat?
- De groepen kennen een verschillende sociale, culturele (laag tot hoog opgeleid) en religieuze achtergrond (christenen en moslims). Betrokkenen hebben een vluchtelingen- of migrantenstatus. Daarnaast is er verschil in de leeftijd waarop meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd in het land van herkomst (vanaf 2 maanden tot ongeveer 13 jaar, soms zelfs nog later).

4.2.2 Voorafgaand aan het eerste huisbezoek

Wat is er bekend uit de (voor zover beschikbaar) overdracht door verloskundige, gynaecoloog of kraamverzorgende? Zijn er problemen tijdens de zwangerschap / bevalling geweest die mogelijk wijzen op besnijdenis van de moeder? Is er een gesprek geweest met de gynaecoloog of verloskundige over besnijdenis? Op dit moment zijn er geen vaste landelijke afspraken over de overdracht en notatie op dit punt.

De speciale commissie van de RVZ adviseert in haar beleidsadvies⁽⁸⁾ dat andere betrokken hulpverleners, zoals verloskundigen en gynaecologen, relevante informatie moeten aanleveren aan de

jeugdgezondheidszorg. Het advies om een meldplicht, bij het AMK, voor meisjesbesnijdenis in te stellen zou moeten gelden voor alle medische professionals.

4.3 Eerste huisbezoek

Het eerste huisbezoek heeft diverse doelen zoals kennismaken, uitleg geven over de JGZ, het JGZ-team, privacy, klachten, nagaan hoe het met moeder en kind gaat, een risico inventarisatie maken en de zorgbehoefte inschatten.

Vorbereitung op het huisbezoek

Kondig bij het maken van de afspraak voor dit gesprek aan dat je over persoonlijke zaken vragen zal gaan stellen en zeg dat je graag ongestoord wilt praten zonder visite erbij. Geef aan dat jij dat prettiger vindt, ook als ouders zeggen er geen problemen mee te hebben ⁽²⁾. Benadruk dat het gesprek de basis is voor vervolggesprekken.

Doel:

Antwoord krijgen op de vraag:

Is moeder besneden en zo ja welke vorm van besnijdenis denkt moeder te hebben ondergaan?

[Laat moeder beschrijven of als het mogelijk is aanwijzen wat er is besneden, zie bijlage 7.4 (pas wel op: de plaatjes kunnen afschrikken of schaamte oproepen)]

Duidelijk maken dat meisjesbesnijdenis een onderwerp van gesprek en voorlichting is in de contacten met het JGZ team en je aanbieden als gesprekspartner.

Plaats:

Tijdens het eerste huisbezoek worden er vragen gesteld uit het integraal dossier JGZ. Alle risicofactoren worden geclusterd genoteerd in rubriek 4: risicofactoren.

De vraag over besnijdenis kan goed ingepast worden als onderdeel van de vragen over de zwangerschap en bevalling. De directe relatie met kindermishandeling vermijd je om zo het gesprek open te houden.

Draag de algemene boodschap uit: meisjesbesnijdenis (alle vormen) is in Nederland bij de wet verboden vanwege de rechten / bescherming van het kind en de gezondheidsrisico's.

Vragen:

Met een inleidende zin binnen het thema zwangerschap en bevalling kan de vraag ingepast worden. Het is bekend (uit overdracht) dat moeder is besneden:

- "Ik lees in de overdracht van de verloskundige, gynaecoloog of de kraamverzorgende dat u besneden bent. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?"
- "Ik lees in de overdracht van de verloskundige, gynaecoloog of kraamverzorgende dat zij/hij met u gesproken heeft over besnijdenis. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?"
- "Ik lees in de overdracht van de verloskundige, gynaecoloog of kraamverzorgende dat er problemen zijn geweest in de zwangerschap en / of tijdens de bevalling. Kunt u mij daar iets over vertellen?"

Vertelt moeder over haar besnijdenis dan kun je eventueel nog verdiepingsvragen stellen:

- "Wat betekent besnijdenis voor u?"
- "Is het belangrijk? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?"
- "Vond u het een mooie, feestelijke dag? Denkt u daar nog hetzelfde over?"
- "Wat zijn u en uw partners plannen voor uw dochter? Wilt u of uw partner uw dochter laten besnijden? Zo ja, waarom?"

Het is niet bekend of moeder is besneden, maar moeder komt uit een land waar meisjesbesnijdenis gepraktiseerd wordt:

- "Ik weet dat (sommige) vrouwen in uw land (land van herkomst benoemen) besneden zijn en het belangrijk vinden. Wat vindt u er zelf van? Kunt u mij daar meer over vertellen?"

Gaat moeder niet in op deze vragen geef dan duidelijk aan dat je er op terugkomt (in het JGZ team).

- "Ik merk dat het op dit moment moeilijk is om hierover te praten" of "u wilt er op dit moment niet over praten. Ik heb er begrip voor, maar wij (JGZ-team) vinden het een belangrijk onderwerp en zullen er later op terugkomen."

- “Wanneer u de volgende keer op het consultatiebureau komt zal dit onderwerp nog eens met u worden besproken omdat wij het belangrijk vinden”.

Notatie:

Algemeen: noteer alles in het dossier. In het huidige integraal dossier JGZ is geen episodeblad opgenomen. Alles wat genoteerd wordt behoort tot het dossier in het kader van de wet op de privacy. Alleen eigen werkaantekeningen niet. Deze dienen buiten het JGZ-dossier gehouden te worden en zijn niet overdraagbaar aan collega's.

Noteer in het dossier onder rubriek 4: risicofactoren.

- Moeder is besneden.
- Moeder is niet besneden.
- Zeg duidelijk tegen de moeder wat en waarom je een van bovenstaande noteert.
- Meisjesbesnijdenis besproken maar het is onbekend op dit moment of moeder is besneden omdat... (moeder wilde er niet op ingaan, taalproblemen, veel familie).
- Meisjesbesnijdenis niet besproken omdat...
- Bijzonderheden die van belang zijn voor het vervolgesprek.



Mogelijke reacties van moeder of vader

Telkens zal de reactie van de moeder of vader bepalen hoe je verder moet gaan met het gesprek. Let daarbij ook vooral op de non verbale communicatie.
Lees daar waar moeder staat ook vader of verzorger.

Reactie moeder: Moeder klapt dicht of zegt dat ze het moeilijk vindt om erover te praten.

Reactie arts of jeugdverpleegkundige (jvp): "Ik zie of u zegt dat u het moeilijk vindt om over het onderwerp meisjesbesnijdenis te praten. Waarom vindt u het moeilijk om erover te praten. Is er iemand waarmee u daarover praat?" Aanhaken waar mogelijk met sleutelfiguren of eigen cultuur voorlichters (VETC-ers).

Reactie moeder: Moeder geeft aan dat ze het er niet over wil hebben, "het gaat je niks aan", ze wil je niets vertellen.

Reactie arts of jvp: Gevoelens van moeder/ouders benoemen (angst, agressie, onzekerheid) en nogmaals uitleggen waarom je ernaar vraagt. Op de preventie van gezondheidsrisico's de nadruk leggen om moeder aan het denken te zetten en het gesprek meer open te houden. (Bespreken van gezondheidsrisico's is vooral een goede insteek bij infibulatie en excisie, daarnaast de rechten/bescherming van het meisje. Bij de lichtere vormen zal de nadruk moeten liggen op de rechten/bescherming van het meisje. Respecteer verder de wens en geef aan dat moeder, als moeder er zelf over wil praten of vragen heeft, er altijd op kan terug komen.

Reactie moeder: Moeder vraagt wat u met die informatie gaat doen.

Reactie arts of jvp: "Registreren in het dossier van uw dochter vanwege continuïteit in de zorg bij verhuizing of overdracht". Er kan aan toegevoegd worden dat meisjesbesnijdenis gezondheidsrisico's met zich meebrengt.

Reactie moeder: Moeder geeft aan dat ze niet wil dat haar dochter besneden wordt, maar haar man en familie/omgeving wil dat wel

Reactie arts of jvp: Vraag naar andere ondersteuningmogelijkheden, belangrijke personen rond moeder of in de gemeenschap. Bespreek de mogelijkheden voor een gesprek met vader. Denk daarbij ook aan sleutelfiguren of voorlichters eigen cultuur.

Reactie moeder: Moeder geeft aan dat ze niet wil dat haar dochter besneden wordt, maar je hebt het gevoel dat ze een sociaal wenselijk antwoord geeft.

Reactie arts of jvp: "Ik begrijp dat u uw dochter niet wilt laten besnijden, graag kom ik er later nog eens op terug omdat het toch een heel moeilijke beslissing is die je niet zomaar neemt." Wijs op de gezondheidsrisico's en het feit dat het bij wet verboden is in Nederland. Wees duidelijk dat het in het dossier noteert.

Reactie moeder: Moeder vertelt dat ze haar dochter wil laten besnijden

Reactie arts of jvp: "Ik begrijp dat u uw dochter wilt laten besnijden, waarom wilt u uw dochter laten besnijden? Wat zijn de voordelen van besnijdenis voor uw dochter en de nadelen? Weet u wat de gevolgen voor de gezondheid voor haar zijn?" Daarna kan er eerst voorlichting over de gezondheidsrisico's worden gegeven aansluitend op de antwoorden. Vervolgens erop wijzen dat de rechten van het kind op bescherming in Nederland bij de wet zijn geregeld. Wees duidelijk over de wet.

Gedragsverandering is onder sociale druk erg moeilijk en wetgeving en gezagsgevoeligheid kunnen dan de eerste basis zijn om toch verder te komen.

4.4 Eerste bezoek Consultatiebureau

Tijdens dit bezoek ligt de nadruk op een medische anamnese en onderzoek.

Doel:

Antwoord krijgen op de vraag: is moeder besneden en zo ja welke vorm van besnijdenis denkt moeder te hebben ondergaan?

Duidelijk maken dat meisjesbesnijdenis een belangrijk onderwerp van gesprek en voorlichting is in de contacten met het JGZ team en je aanbieden als gesprekspartner.

Plaats:

Aansluiten op bespreking van de punten die vanuit het huisbezoek zijn overgedragen.

Vraag:

De wijkverpleegkundige heeft van het huisbezoek een notatie over dit onderwerp gemaakt in het dossier waarop kan worden teruggekomen.

- "U heeft gesproken over de besnijdenis en tradities in uw land of aan de verpleegkundige verteld dat u besneden bent. Wilt u daar nog iets over vertellen of heeft u vragen. Als u later vragen heeft kunt bij mij / ons terecht. Wij komen er nog een keer op terug."

Is het nog onbekend of moeder is besneden dan kan tijdens dit consult de vraag gesteld worden.

- "Ik weet dat (sommige) vrouwen in uw land (land van herkomst benoemen) besneden zijn en dat het belangrijk is. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?"

In dit consult zal waarschijnlijk slechts in een enkel geval al duidelijk worden hoe ouder(s) tegenover besnijdenis van hun dochter staan.

Notatie:

Noteer in het dossier onder rubriek 4: risicofactoren.

- Moeder is besneden.
- Moeder is niet besneden.
- Zeg duidelijk tegen de moeder wat en waarom je een van bovenstaande noteert.
- Meisjesbesnijdenis besproken maar het is onbekend op dit moment of moeder is besneden omdat... (moeder wilde er niet op ingaan, taalproblemen).
- Bijzonderheden die van belang zijn voor het vervolgesprek.

4.5 Contactmoment rond 18 maanden

Het contactmoment rond 18 maanden is een contactmoment, afhankelijk van de regio, bij de arts of de verpleegkundige.

Doel:

Welk risico loopt dit meisje van deze ouders om besneden te worden? Risico inventarisatie.

Plaats:

Bij dit consult zijn productgroepen van het BTP aan de orde waarbij kan worden aangesloten voor de risico inventarisatie van meisjesbesnijdenis. In de regio's waar bij dit consult een vragenlijst voor ouders wordt gebruikt met daarin vragen over het kind, over de ouders en over de omgeving kan, daarbij worden aangesloten.

De vragen zouden passen binnen de volgende onderdelen:

Opvoeden, communicatie met de partner, gebeurtenissen (ruzie binnen het gezin) of vragen over de omgeving (andere belangrijke personen voor de opvang en/of opvoeding van het kind) of aan het einde van het bespreken van de vragenlijst kan het een goed moment zijn om nog in te gaan op meisjesbesnijdenis. Je hebt dan alle andere belangrijke dingen besproken.

Vragen:

- "Wij hebben met u al eens eerder over meisjesbesnijdenis gesproken, hoe denkt u daarover en hoe uw partner?" Hier kan dan ook doorgevraagd worden naar hoe andere belangrijke mensen in de omgeving erover denken.
- "Praat u met uw partner wel eens over meisjesbesnijdenis? Wat vindt u en wat vindt uw partner van het besnijden van meisjes? Wilt u of uw partner uw dochter laten besnijden? Zo

ja waarom?" Er is dan een aansluitende mogelijkheid om voorlichting over de gezondheidsrisico's, rechten / bescherming van het meisje te geven.

- Vragen die gesteld kunnen worden om de invloed van andere mensen in de omgeving en familie, ook die in het land van herkomst, op de beslissing van de ouders duidelijk te krijgen: "Hoe denken mensen in uw omgeving over meisjesbesnijdenis?" of "Heeft u nog contact met uw familie? Is meisjesbesnijdenis een onderwerp waarover wordt gesproken? Willen zij dat u dochter besneden wordt?"
- "We hebben net gesproken over hoe het gaat met uw kind en uw gezin of we hebben zojuist een aantal belangrijke onderwerpen besproken. Een ander onderwerp waar u met mij (of mijn collega) eerder over gesproken heeft, is meisjesbesnijdenis. Daar wilde ik nu ook nog even op terugkomen."
 - "U vertelde toen dat u besneden bent, wilt u mij daar wat meer over vertellen? Is het in uw gemeenschap de traditie om meisjes te besnijden? Zijn haar oudere zusje(s) besneden? Wilt u of uw partner uw dochter laten besnijden?"

Mogelijke antwoorden van de ouder:

Moeder en/of vader denkt hun dochter te laten besnijden. Duidelijk vertellen dat het in Nederland bij de wet verboden is, er gevangenisstraf op staat en waarom. Moeder en/of vader denkt hun dochter niet te laten besnijden. "Goed zo. Hoe denkt uw partner er over? En andere mensen in uw omgeving? (Zijn er belangrijke personen voor de verzorging of opvoeding van uw kind? Is er een speciaal iemand waar u om raad vraagt?) Heeft u nog contact met familie in uw thuisland? Hoe wordt daar over meisjesbesnijdenis gedacht? Op welke leeftijd is dit gebruikelijk?"
 - "U vertelde toen dat u niet besneden bent. Hoe denkt u en hoe denkt uw partner over meisjesbesnijdenis? Hoe denkt uw omgeving erover? Heeft u nog contact met familie in uw thuisland? Hoe wordt daar over meisjesbesnijdenis gedacht? Op welke leeftijd is dit gebruikelijk?"
- "Na al deze vragen over u en uw gezin wil ik u ook nog wat vragen over een onderwerp dat te maken heeft met het land waar u vandaan komt. In (land van herkomst noemen) worden veel meisjes besneden. Hoe denkt u en hoe u partner over meisjesbesnijdenis? Wat betekent besnijdenis voor u?"

Een folder in eigen taal kan hier een plaats krijgen. Je geeft de folder gericht om de informatie die al besproken is te herhalen. Thuis kan nogmaals worden doorgelezen wat er is besproken. Ook al kan moeder of vader niet lezen dan kan de folder gebruikt worden om samen met partner of vertrouwenspersoon te lezen en te bespreken.

Daarnaast kun je je als gesprekspartner aanbieden en de mogelijkheden aangeven die er voor de ouder(s) zijn om voorlichting te krijgen via eigen taal- en cultuurgroepen. Je kunt de ouder(s) over de drempel helpen.

De tekst van de folder "Meisjesbesnijdenis, mijn ouders zeggen nee" staat op de bij dit protocol behorende CD rom. Voor informatie zie bijlage 7.3.

De folder kan in de volgende contacten opnieuw worden meegegeven met aanpassing van de mogelijkheden binnen de sociale kaart op dat moment.

Notatie:

Noteer in het dossier onder rubriek 4: risicofactoren.

- Moeder is besneden.
- Moeder is niet besneden.
- Zeg duidelijk tegen de moeder wat en waarom je een van bovenstaande noteert.
- Meisje loopt geen, twijfelachtig of groot risico om besneden te worden op basis van de risico inventarisatie, zie 4.2.1. op bladzijde 17.
- Bijzonderheden die van belang zijn voor het vervolgesprek.

Noteer in het dossier onder actie: (folder, groep, vervolg gesprek, huisbezoek, AMK)

Noteer in rubriek 19 onder samenvatting zuigelingen tijd de bovengenoemde punten.

Bij reëel risico op besnijdenis melden bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).

Een melding moet aan de ouder(s) worden verteld:

“Wij hebben over besnijdenis van uw dochter gesproken en u hebt mijn zorg, dat u uw dochter zal laten besnijden, niet weggenomen; ik zal mijn zorg met een ander delen en het melden bij het AMK.” In het beleidsadvies van de speciale commissie van de RVZ ⁽⁸⁾ wordt een meldplicht van meisjesbesnijdenis bij het AMK geadviseerd voor alle medische professionals. Het AMK zal de melding onderzoeken en besluiten of aangifte moet worden gedaan bij het Openbaar Ministerie (OM). Het OM kan overgaan tot strafvervolgning. De jeugdgezondheidszorg doet geen aangifte bij het OM.

4.6 Contactmoment drie jaar en negen maanden op het CB

Doel:

Welk risico loopt dit meisje van deze ouders om besneden te worden? Risico inventarisatie. Klopt de risico inventarisatie vanuit het vorige contact of moet die worden aangepast of bijgesteld?

Plaats:

De overdracht naar de JGZ 4-19 jaar komt ter sprake en in de samenvatting aan de ouders kan duidelijk worden aangegeven dat meisjesbesnijdenis is besproken en het standpunt van de ouders ten aanzien van dit onderwerp.

Overdracht:

Geef een samenvatting van hetgeen besproken is met betrekking tot meisjesbesnijdenis. Controleer bij de ouders dat wat er in de samenvatting is opgenomen klopt en laat de toestemming voor overdracht (zoals gebruikelijk) tekenen.

“Mondeling” overdragen aan het GGD-team bij een meisje waar de kans op besnijdenis wordt vermoed.

Is meisjesbesnijdenis nog niet besproken dan kan de vraag gesteld worden:

- “Ik weet dat (sommige) vrouwen in uw land (land van herkomst benoemen) besneden zijn en dat het belangrijk is. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?” Vanuit de antwoorden verder doorvragen om het risico in te schatten.

Notatie:

Noteer in het dossier onder rubriek 19: samenvatting kleutertijd.

Voorbeeld: Moeder is besneden en wil haar dochter niet laten besnijden. Vader of familie willen dit wel. Moeder heeft voorlichting door eigen cultuurvoorlichter gehad of het is aangeboden en de ouder(s) heeft er geen gebruik van gemaakt, folder eigen taal is op (leeftijd meisje) meegegeven.

Bij reëel risico op besnijdenis melden bij het AMK. Het AMK kan nader onderzoek doen.

Een melding moet aan de ouder(s) worden verteld:

“Wij hebben over besnijdenis van uw dochter gesproken en u hebt mijn zorg, dat u uw dochter zal laten besnijden, niet weggenomen; ik zal mijn zorg met een ander delen en het melden bij het AMK.”

4.7 PGO groep 2

Het PGO groep 2 is niet altijd het eerste contact met de GGD. Het kan zijn dat er een eerste kort contact is met de doktersassistente voor bijvoorbeeld visus- of gehooronderzoek. Een gesprek over de overdracht vanuit het consultatiebureau komt hierbij niet aan de orde.

Het beleidsadvies van de speciale commissie van de RVZ ⁽⁸⁾ stelt volledig onderzoek voor, inclusief lichamenlijk onderzoek, van alle leerlingen op deze leeftijd. Het onderzoek is vrijwillig.

Het kabinet doet hier naar verwachting eind juni 2005 in haar standpunt een uitspraak over.

Daar waar op dit moment met risicogroepen en -factoren gewerkt wordt om leerlingen voor “volledig” onderzoek op te roepen, is het feit dat de risico inventarisatie meisjesbesnijdenis opnieuw moet worden bezien, een reden voor het oproepen van het meisje met de ouder(s).

Doel:

Welk risico loopt dit meisje van deze ouders om besneden te worden? Risico inventarisatie. Klopt de risico inventarisatie vanuit het vorige contact of moet die worden aangepast of bijgesteld?

Plaats:

Het bespreken van de overdracht vanuit het consultatiebureau is een neutrale manier om het onderwerp meisjesbesnijdenis op te pakken, als dit direct in het eerste contact met volledig onderzoek na de overdracht wordt gedaan. Laat je het onderwerp liggen, dan is het veel moeilijker op te pakken en kunnen ouders zich sneller en makkelijker verdacht voelen.

Vragen:

- "In de overdracht vanuit het consultatiebureau lees ik dat u besneden bent en dat u uw dochter wilt laten besnijden. Denkt u daar nog steeds zo over? En hoe denkt uw partner daarover? En uw familie? Zo ja waarom?"
Vertellen dat het in Nederland verboden is en waarom.
- "In de overdracht vanuit het consultatiebureau lees ik dat u besneden bent en dat u uw dochter niet wilt laten besnijden. Denkt u daar nog steeds zo over? En uw partner? En uw familie? Heeft u nog contact met familie in uw thuisland? Hoe wordt daar over meisjesbesnijdenis gedacht? Op welke leeftijd is dit gebruikelijk?"
- "In de overdracht vanuit het consultatiebureau lees ik dat u besneden bent en dat u twijfelt of u uw dochter wel of niet wilt laten besnijden. Hoe denkt u er nu over?"
- "In de overdracht vanuit het consultatiebureau lees ik dat u niet besneden bent en uw dochter niet wilt laten besnijden. Goed zo. Denkt u daar nog steeds zo over? En hoe denkt uw partner over meisjesbesnijdenis? Hoe denkt uw omgeving erover? Heeft u nog contact met familie in uw thuisland? Hoe wordt daar over meisjesbesnijdenis gedacht? Op welke leeftijd is dit gebruikelijk?"

Is meisjesbesnijdenis nog niet besproken dan kan de vraag gesteld worden:

- "Ik weet dat (sommige) vrouwen in uw land (land van herkomst benoemen) besneden zijn en dat het belangrijk is. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?" Van uit de antwoorden verder doorvragen om het risico in te schatten.

Notatie:

Noteer in het dossier onder rubriek 4: risicofactoren.

- Moeder is besneden.
- Moeder is niet besneden.
- Zeg duidelijk tegen de moeder wat en waarom je een van bovenstaande noteert.
- Meisje loopt geen risico / twijfelachtig risico of groot risico om besneden te worden op basis van de risico inventarisatie, zie 4.2.1. op bladzijde 17.
- Bijzonderheden die van belang zijn voor het vervolgesprek.

Noteer in het dossier onder actie: (folder, groep, vervolg gesprek, huisbezoek, AMK)

Bij reëel risico op besnijdenis melden bij het AMK. Het AMK kan nader onderzoek doen.

Een melding moet aan de ouder(s) worden verteld:

"Wij hebben over besnijdenis van uw dochter gesproken en u hebt mijn zorg, dat u uw dochter zal laten besnijden, niet weggenomen; ik zal mijn zorg met een ander delen en het melden bij het AMK."

Nabespreking:

Bij een meisje uit de risicogroep kan in de nabespreking met de leerkracht aandacht besteed worden aan signalen die wijzen op een ophanden zijnde besnijdenis of een vermoeden dat een meisje toch is besneden. Deze voorlichting kan met een folder "Signaalwijzer meisjesbesnijdenis" worden ondersteund. De leerkracht moet daarin direct kunnen vinden met wie en hoe zij/hij contact op moet nemen wanneer er signalen zijn die mogelijk wijzen op meisjesbesnijdenis.

De tekst van de signaalwijzer voor de leerkracht is op de CD behorende bij dit protocol te vinden en kan aangevuld met de eigen gegevens worden geprint om mee te geven.

4.8 PGO groep 6/7

Het beleidsadvies van de speciale commissie van de RVZ ⁽⁸⁾ wil volledig onderzoek, inclusief lichamelijk onderzoek, van alle leerlingen op deze leeftijd. Het onderzoek is vrijwillig.

Daar waar op dit moment met risicogroepen en -factoren gewerkt wordt om leerlingen voor “volledig” onderzoek op te roepen, is het feit dat de risico inventarisatie meisjesbesnijdenis opnieuw moet worden gezien een reden voor het oproepen van het meisje met de ouder(s).

Doel:

Welk risico loopt dit meisje van deze ouders om besneden te worden? Risico inventarisatie.
Klopt de risico inventarisatie vanuit het vorige contact of moet die worden aangepast of bijgesteld?
Het doel is nog steeds primaire preventie.
Secundaire preventie kan aan de orde zijn. Het meisje kan inmiddels besneden zijn.

Plaats:

De vragen kunnen aansluiten bij de vragen over menstruatie en seksuele ontwikkeling die in de vragenlijsten voorkomen en/of bij informatie uit eerdere contacten.

Vragen:

Het gaat om een gesprek met ouder en meisje.

- “Wij hebben met u al eerder over meisjesbesnijdenis gesproken, hoe denkt u daar nu over en hoe uw partner?” Hier kan dan opnieuw doorgevraagd worden naar hoe andere belangrijke mensen in de omgeving erover denken.
- “Praat u met uw partner wel eens over meisjesbesnijdenis? Wat vindt u en wat vindt uw partner van het besnijden van meisjes? Wilt u of uw partner uw dochter laten besnijden? Zo ja waarom?” Er is dan aansluitend de mogelijkheid om voorlichting over de gezondheidsrisico's te geven.
- “Als u contact hebt met uw familie, is meisjesbesnijdenis dan een onderwerp waarover wordt gesproken? Hoe staat uw omgeving tegenover meisjesbesnijdenis? Willen zij dat uw dochter besneden wordt? Zo ja, waarom? Hoe is dat voor u?”

Is meisjesbesnijdenis nog niet besproken dan kan de vraag gesteld worden:

- “Ik weet dat (sommige) vrouwen in uw land (land van herkomst benoemen) besneden zijn en dat het belangrijk is. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?” Van uit de antwoorden verder doorvragen om het risico in te schatten.

Vragen ⁽⁷⁾ naar klachten wanneer meisje is besneden:

- Heb je klachten? Welke klachten heb je?
- Waar komen de klachten vandaan?
- Hoelang duurt het plassen? (Vraag niet of het plassen normaal gaat, want voor een besneden meisje of vrouw is het normaal dat plassen lang duurt) Is snel plassen ook mogelijk?
- Heb je het gevoel dat er urine achterblijft, zodat je weer moet plassen voordat je het toilet verlaat?
- Verlies je urine als je hard moet lopen?

Na de menarche:

- Hoeveel dagen heb je bloedverlies?
- Heb je het gevoel dat het bloed goed wegvloeit?
- Hoe lang heb je pijn, bijv. dagen, uren?
- Waar heb je baat bij om deze periode door te komen?

Notatie:

Noteer in het dossier onder rubriek 4: risicofactoren

- Moeder is besneden.
- Moeder is niet besneden.
- Zeg duidelijk tegen de moeder wat en waarom je een van bovenstaande noteert.
- Meisje loopt geen, twijfelachtig of groot risico om besneden te worden op basis van de risico inventarisatie, zie 4.2.1. op bladzijde 17.
- Bijzonderheden die van belang zijn voor het vervolgesprek.

Noteer in het dossier onder actie: (folder, groep, vervolg gesprek, huisbezoek, AMK).

Bij reëel risico op besnijdenis melden bij het AMK. Het AMK kan nader onderzoek doen.

Een melding moet aan de ouder(s) worden verteld:

“Wij hebben over besnijdenis van uw dochter gesproken en u hebt mijn zorg, dat u uw dochter niet zal laten besnijden, niet weggenomen en ik zal mijn zorg met een ander delen en het melden bij het AMK.”

Nabespreking:

Bij een meisje uit de risicogroep kan in de nabespreking met de leerkracht aandacht besteed worden aan signalen die wijzen op een ophanden zijnde besnijdenis of een vermoeden dat een meisje toch is besneden. Deze voorlichting kan met een folder worden ondersteund. De leerkracht moet daarin direct kunnen vinden met wie en hoe zij/hij contact op moet nemen wanneer er signalen zijn die mogelijk wijzen op meisjesbesnijdenis.

De tekst van de signaalwijzer voor de leerkracht is op de CD behorende bij dit protocol te vinden.

4.9 Contactmoment Voortgezet onderwijs (meestal klas 2)

Het beleidsadvies van de speciale commissie van de RVZ ⁽⁸⁾ wil volledig onderzoek, inclusief lichamelijk onderzoek, van alle leerlingen op deze leeftijd. Het onderzoek is en blijft vrijwillig. Daar waar op dit moment met risicogroepen en -factoren gewerkt wordt om leerlingen voor "volledig" onderzoek op te roepen, is het feit dat de risico inventarisatie meisjesbesnijdenis opnieuw moet worden bezien een reden voor het oproepen van het meisje.

Doel:

Welk risico loopt dit meisje van deze ouders om besneden te worden? Risico inventarisatie. Klopt de risico inventarisatie vanuit het vorige contact of moet die worden aangepast of bijgesteld? Het doel is nog steeds primaire preventie.

Secundaire preventie kan aan de orde zijn bij meisjes die besneden zijn.

Plaats:

Het gesprek vindt in het algemeen plaats met het meisje alleen. De vragen kunnen aansluiten bij de vragen over menstruatie en seksuele ontwikkeling die in de vragenlijsten voorkomen en/of bij informatie uit eerdere contacten met de ouders.

Vragen:

- "In de gesprekken met je moeder, vader of ouders hebben we het over meisjesbesnijdenis gehad. Praten jullie daar thuis wel eens over?"
- "Wat vind je van meisjesbesnijdenis? Positief/negatief? Waarom?"
- "Wil jij besneden worden? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?"
- "Wil je moeder of je ouders (of familie) dat je besneden wordt? Zo ja, hoe vind je dat? Wil je zelf ook besneden worden? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?"
- "Kun je (bij afwijzen besnijdenis) steun krijgen bij mensen die je vertrouwt?"

Is meisjesbesnijdenis nog niet besproken dan kan de vraag gesteld worden:

- "Ik weet dat (sommige) vrouwen in jouw land (land van herkomst benoemen) besneden zijn en dat het belangrijk is. Kun je mij daar wat meer over vertellen?" Van uit de antwoorden verder doorvragen om het risico in te schatten.

Is het meisje besneden dan vragen ⁽⁷⁾ naar klachten:

- Heb je klachten? Welke klachten heb je?
- Waar komen de klachten vandaan?
- Hoelang duurt het plassen? (Vraag niet of het plassen normaal gaat, want voor een besneden meisje of vrouw is het normaal dat plassen lang duurt) Is snel plassen ook mogelijk?
- Heb je het gevoel dat er urine achterblijft, zodat je weer moet plassen voordat je het toilet verlaat?
- Verlies je urine als je hard moet lopen?

Na de menarche:

- Hoeveel dagen heb je bloedverlies?
- Heb je het gevoel dat het bloed goed wegvloeit?
- Hoe lang heb je pijn, bijv. dagen, uren?
- Waar heb je baat bij om deze periode door te komen?

Notatie:

Noteer in het dossier onder rubriek 4: risicofactoren.

- Meisje is niet besneden.
- Meisje is besneden.
- Meisje wil niet besneden worden omdat ...

- Meisje wil besneden worden omdat ...
- Ouders / familie willen dat meisje besneden wordt.
- Meisje is bekend met gezondheidsrisico's / voorlichting gegeven.
- Meisje is bekend met Nederlandse wet / voorlichting gegeven.
- Actie:..... (folder, groep, vervolg gesprek / huisbezoek, AMK).

Meisje wil niet besneden worden maar is bang dat het toch gaat gebeuren.

Geef handvatten mee, zoals telefoonnummer kindertelefoon, AMK zodat ze in staat is om zelf iets te doen. Kan ze bij decaan of mentor terecht? Zijn er anderen die haar kunnen steunen en die ze vertrouwt?

Moet de ouder(s) geïnformeerd worden over het besprokene?

Tot 12 jaar altijd met ouder(s) bespreken en dus bij reëel risico aanmelding AMK noemen.

Tussen 12 en 16 jaar in overleg met het meisje. Meisjes ouder dan 16 jaar zijn autonoom. De belangen van het kind staan hierbij altijd centraal.

Nabespreking:

Bij een meisje uit de risicogroep kan in de nabespreking meestal met de leerling coördinator aandacht besteed worden aan signalen die wijzen op een ophanden zijnde besnijdenis of een vermoeden dat een meisje toch is besneden. Bespreken kan alleen met toestemming van het meisje.

Deze voorlichting kan met een folder worden ondersteund. De leerkracht moet daarin direct kunnen vinden met wie en hoe zij/hij contact op moet nemen wanneer er signalen zijn die mogelijk wijzen op meisjesbesnijdenis.

De tekst van de signaalwijzer voor de leerkracht is op de CD behorende bij dit protocol te vinden.

4.10 Instroom meisjes

Een onderzoek met risico inventarisatie van nieuw ingestroomde leerlingen zonder gegevens is over het algemeen onderdeel van het aanbod van thuiszorginstellingen en GGD-en. Een deel van de nieuw ingestroomde leerlingen hebben een eerste contactmoment binnen de Medische Opvang Asielzoekers (MOA), waarna overdracht plaatsvindt. Een meisje afkomstig uit een land van herkomst waar meisjesbesnijdenis wordt gepraktiseerd moet voor PGO worden opgeroepen.

Voor meisjes in de leeftijd van 0 tot en met 10 jaar zie onder contactmomenten op CB, PGO groep 2 en 6/7. In de leeftijd van het voortgezet onderwijs zie onder contactmoment voortgezet onderwijs. Er is een grote kans dat het meisje al besneden is, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn.

Het beleidsadvies van de speciale commissie van de RVZ ⁽⁸⁾ geeft de aanbeveling in geval van asielzoekers direct bij de eerste gezondheidsscreening de ouders van minderjarige meisjes een verklaring ter ondertekening aan te bieden, waarin zij kunnen aangeven kennis te hebben genomen van het verbod op meisjesbesnijdenis in Nederland. Ook kunnen zij aangeven of minderjarige dochters al dan niet reeds zijn besneden.

Doel:

Welk risico loopt dit meisje van deze ouders of dit meisje [denk daarbij aan alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's)] om besneden te worden? Risico inventarisatie.

Het doel is nog steeds primaire preventie.

Secundaire preventie kan aan de orde zijn bij meisjes die reeds besneden zijn; het is belangrijk hier aandacht aan te besteden.

Het doel is dan:

- het tijdig onderkennen van klachten die met besnijdenis samenhangen;
- het bieden van goede hulpverlening c.q verwijzing voor meisjes die vragen c.q klachten hebben t.g.v. een ondergane besnijdenis;
- het bespreekbaar maken van meisjesbesnijdenis om een bijdrage te leveren aan het toekomstig voorkomen van besnijdenis (zij zijn de toekomstige moeders die besnijdenis kunnen voorkomen!).

Plaats:

Een goede ingang is bij vragen naar menstruatie(klachten) en de urinelozing.

Vragen

Deze vragen zijn ⁽⁷⁾ gericht op reeds besneden meisjes:

- Heb je klachten? Welke klachten heb je?
- Waar komen de klachten vandaan?
- Hoelang duurt het plassen? (Vraag niet of het plassen normaal gaat, want voor een besneden meisje of vrouw is het normaal dat plassen lang duurt) Is snel plassen ook mogelijk?
- Heb je het gevoel dat er urine achterblijft, zodat je weer moet plassen voordat je het toilet verlaat?
- Verlies je urine als je hard moet lopen?

Na de menarche:

- Hoeveel dagen heb je bloedverlies?
- Heb je het gevoel dat het bloed goed wegvloeit?
- Hoe lang heb je pijn, bijv. dagen, uren?
- Waar heb je baat bij om deze periode door te komen?

Notatie:

In het dossier onder rubriek 4: risicofactoren.

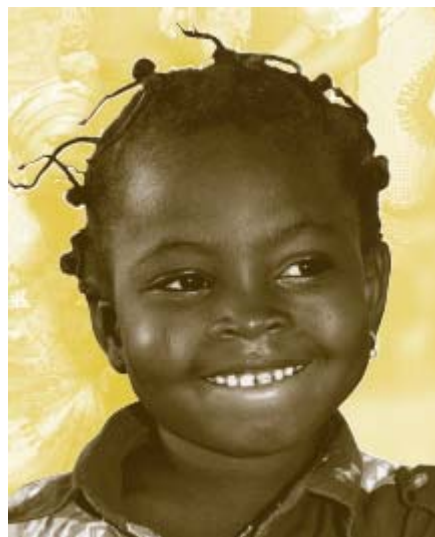
- Het meisje is besneden.

In de rubriek waar de klachten op betrekking hebben:

- De klachten en de relatie tot de besnijdenis.
- Actie:.... (folder, groep, vervolg gesprek, huisbezoek, AMK, verwijzing voor behandeling).

5 Sociale kaart

- Focalpoint meisjesbesnijdenis van Pharos is telefonisch bereikbaar voor vragen van 12.00 tot 17.00 uur op werkdagen. Telefoon: 030-2349800, e-mail: focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl
- Pharos heeft in samenwerking met Federatie voor Somalische Associaties in Nederland (FSAN) verschillende vrouwen en mannen van Somalische origine getraind in het bespreekbaar maken en geven van voorlichting over meisjesbesnijdenis. Regiocontactpersonen zijn op te vragen bij FSAN; e-mail: info@fsan.nl
- Tolkservice:
 - Een tolk is onafhankelijk, neutraal en heeft geheimhoudingsplicht. Het gebruik van een professionele tolk voorkomt oneigenlijke inmenging van verwanten.
 - Mogelijkheden: ad hoc kan meestal en voor de meeste talen een telefonische tolk worden aangevraagd. Deze is dan gedurende 20 minuten beschikbaar. Een tolk reserveren kan ook. Een telefoon met luidspreker is in dit geval noodzakelijk.
 - Verder bestaat de mogelijkheid van een persoonlijke tolk.
 - Ad hoc aanvragen bij het landelijk tolkencentrum in Hengelo: 074-2555233
 - Een tolk bestellen kan via 074-2555222
 - Een tolk is gratis voor verschillende instellingen, waaronder basisgezondheidszorg, GG&GD, MOA, volgens een beschikking van het ministerie die loopt tot 30 juni 2005.
 - Na die datum zal gewijzigde aanbieding van gesubsidieerd gebruik ingaan. Voor informatie kunt u de website www.tvcn.nl raadplegen.
- Gynaecologen of verloskundigen:
 - Er is geen overzicht van deskundige gynaecologen of verloskundigen op het gebied van meisjesbesnijdenis beschikbaar. In de eigen regio zal dit moeten worden uitgezocht en toegevoegd. De voorkeur kan naar een vrouw uitgaan. Kennis van, betrokkenheid met en openstaan voor dit onderwerp zijn echter van het grootste belang. Voor meisjes kan er ook aan een kinderarts met deze kennis, betrokkenheid en houding worden gedacht.
 - In het beleidsadvies van de ad hoc commissie van de RVZ ⁽⁸⁾ worden aanbevelingen gedaan voor één landelijk behandelcentrum in een ziekenhuis, in een van de concentratie gebieden met poliklinische faciliteiten



6 Literatuur

1. Bijlsma-Schlösser, J.F.M. Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerking: stappenplan. Lisse AJN 2004
2. Haagmans, M. en P. Ohlson Hoe was uw jeugd? NIZW jeugd/Expertisecentrum kindermishandeling 2004
3. Kramer, Merlijn e.a Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken. (onderzoek op verzoek van de speciale commissie van de RVZ) 2005
4. Kwaak, v.d. A. e.a. Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes, inventarisatie en aanbevelingen. Amsterdam Vrije Universiteit medisch Centrum 2003
5. Kwaak, v.d. A. Van verzwegen pijn naar stil verdriet: visies op vrouwenbesnijdenis en verandering. Amsterdam Vrije Universiteit Medisch Centrum, 2004
6. Nienhuis, G.A. Knagen aan een oude traditie. Medisch Contact 2004
7. Pharos Handleiding voorlichting vrouwenbesnijdenis. Pharos 1996
8. Raad voor de volksgezondheid Bestrijding vrouwelijke genitale verminking, beleidsadvies van de speciale commissie van de RVZ. Zoetermeer maart 2005
9. Tips voor professionals voor het gesprek met een allochtoon, uitkomst van project "Patienten voorlichting allochtonen" van Zon MW, PALET en IKZ

In het voorjaar 2006 komt er een boek uit bij Pharos van Nienhuis, G.A. e.a met als werktitel: Beelden in beweging; bestrijding meisjesbesnijdenis, preventie en competentie.

Websites:

www.cbs.nl

www.commissie-fgm.nl

www.meisjesbesnijdenis.nl hier is ook veel literatuur te vinden over meisjesbesnijdenis

www.focalpointmeisjesbesnijdenis.nl

www.rvz.nl hier is beleidsadvies RVZ te downloaden

www.stopkindermishandeling.nl

www.tvcn.nl alles over de tolkentelefoon

www.who.int/en/

7 Bijlagen

7.1 Schema

Schema overzicht bij gespreksprotocol meisjesbesnijdenis							
Meisje uit risicoland							Actie 1
Overdracht perinatale gegevens	Aanwezig?	Moeder is besneden	Moeder is niet besneden		??	Actie 1	
Contactmoment	Doel	Resultaat				Actie	
Eerste huisbezoek	Gesprek en voorlichting	Moeder is besneden		Moeder is niet besneden	??	Actie 1	
Eerste bezoek consultatiebureau	Duidelijkheid Is moeder al dan niet besneden?	Moeder is besneden		Moeder is niet besneden		Actie 1	
Contactmoment ca. 18 maanden	Risico inventarisatie en voorlichting	Risico aanwezig	Risico twijfel achtig	Geen risico	Risico twijfel achtig	Geen risico	Actie 2
Contactmoment Ca. 3 jaar	Risico inventarisatie en voorlichting	Risico aanwezig	Risico twijfel achtig	Geen risico	Risico twijfel achtig	Geen risico	Actie 2
Contactmoment ca 3 jaar en 9 maanden	Samenvatten voor overdracht en overdracht bespreken met ouders						Actie 3
Contactmoment Groep 2	Risico inventarisatie en voorlichting	Risico aanwezig	Risico twijfel achtig	Geen risico	Risico twijfel achtig	Geen risico	Actie 4
Contactmoment Groep 6 of 7 <i>Meisje is niet besneden</i>	Risico inventarisatie en voorlichting	Risico aanwezig	Risico twijfel achtig	Geen risico	Risico twijfel achtig	Geen risico	Actie 4
Contactmoment Groep 6 of 7 Meisje is besneden	Klachten inventarisatie						Noteren in JGZ-dossier Verwijzen voor begeleiding
Contactmoment Klas 2 VO <i>Meisje is niet besneden</i>	Risico inventarisatie en voorlichting	Wil wel besneden worden	Wil niet besneden worden, ouders willen dit wel	Geen risico			Actie 1 + Handvatten bieden Melden bij AMK
Contactmoment Klas 2 VO Meisje is besneden	Klachten inventarisatie						Noteren in JGZ-dossier Verwijzen voor begeleiding

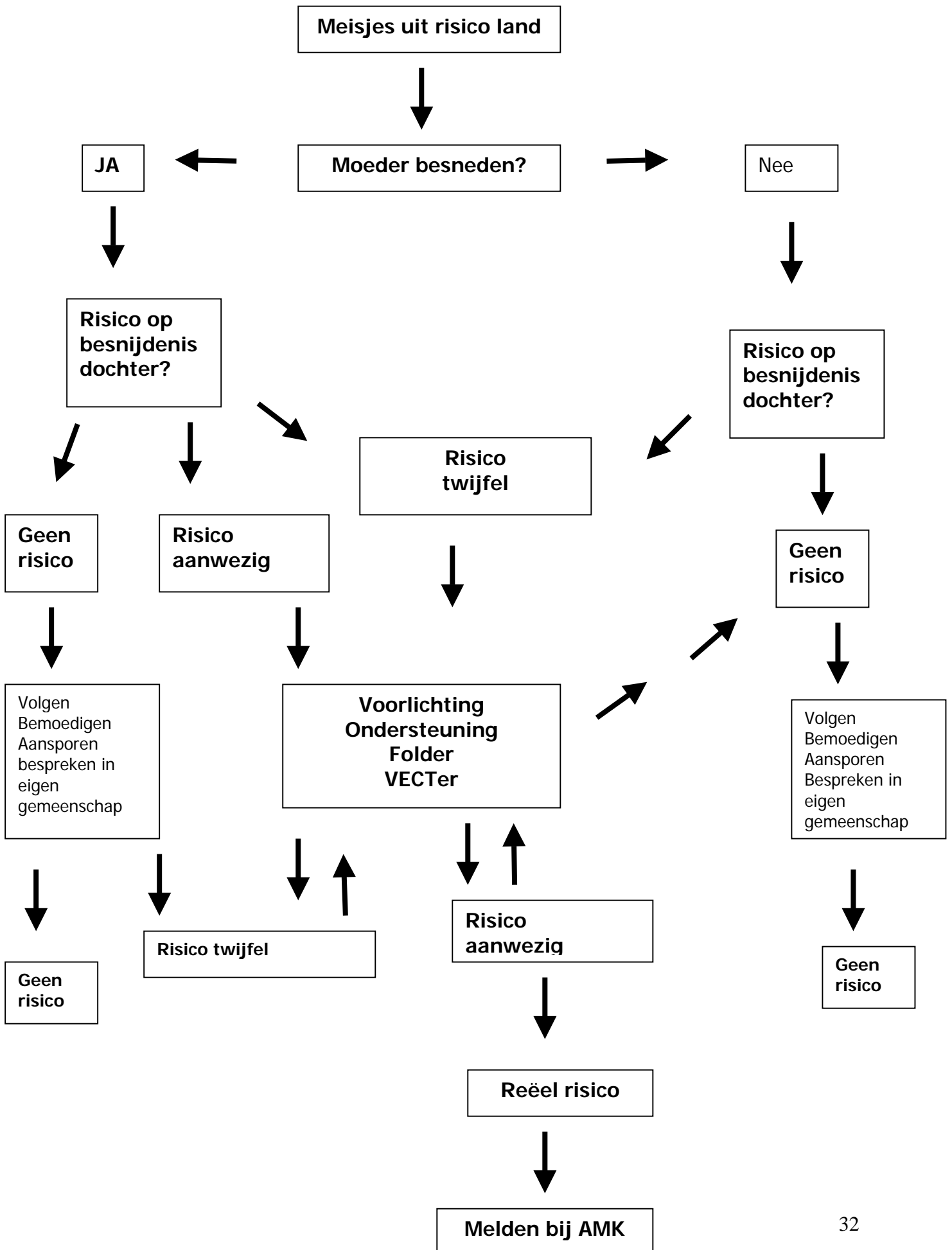
Actie 1: noteren in JGZ dossier onder rubriek 4

Actie 2: noteren in JGZ dossier onder rubriek 4, folder eigen taal, bij reëel risico melden bij AMK

Actie 3: noteren in JGZ dossier onder rubriek 19

Actie 4: noteren in JGZ dossier onder rubriek 4, folder eigen taal, signaalwijzer leerkracht, bij reëel risico melden bij AMK

7.2 Beslisboom



7.3 Informatie over de CD rom behorende bij het gespreksprotocol.

In het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis wordt binnen bepaalde contactmomenten gesproken over een folder in eigen taal voor de ouders en een signaalwijzer voor leerkrachten. De folder en de signaalwijzer worden steeds gericht gebruikt in het contact met ouder(s) of leerkracht.

De teksten van de folder voor ouders en de signaalwijzer voor leerkrachten staan op een CD rom. De CD rom is aanwezig bij de thuiszorginstellingen en GGD-en.

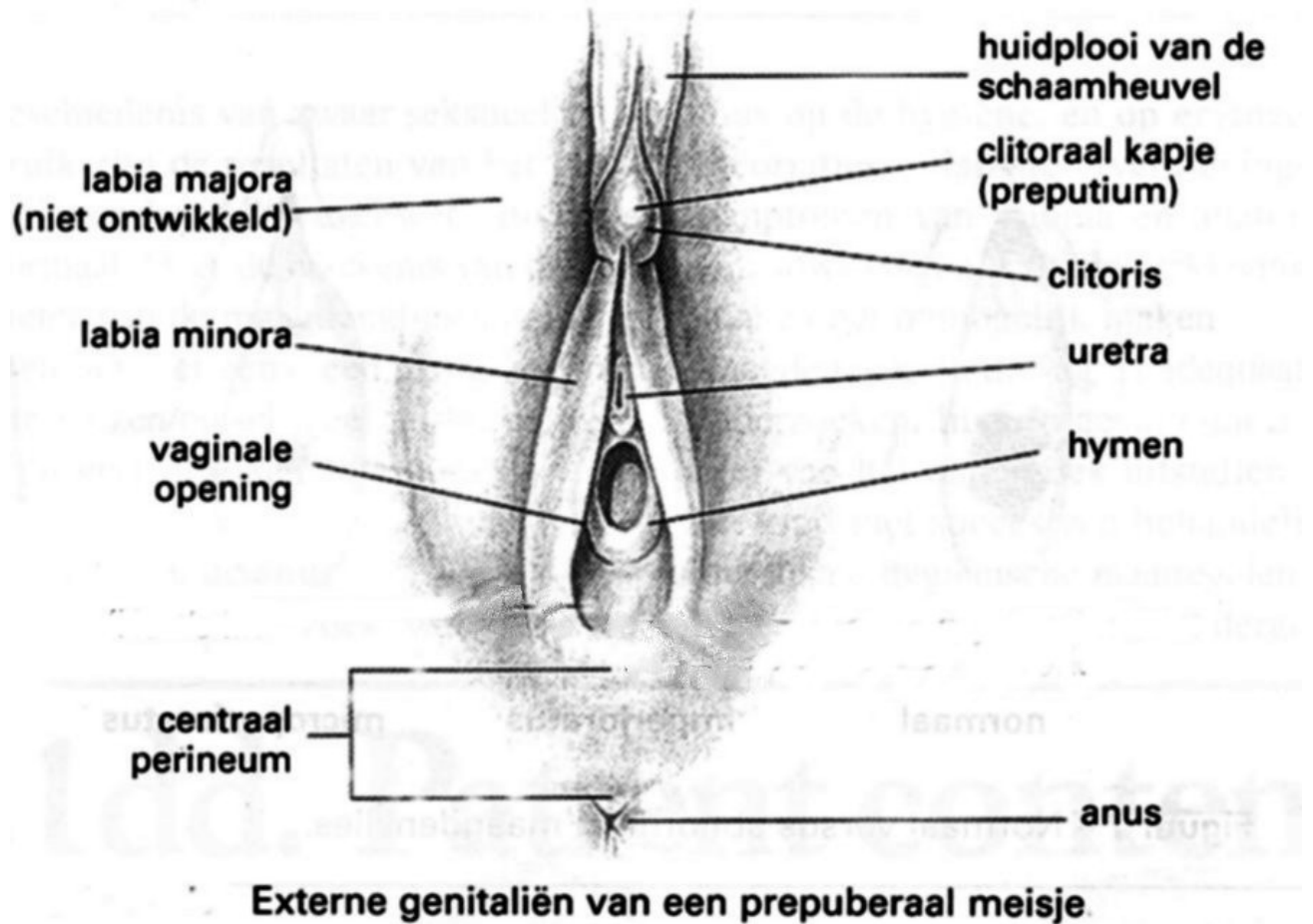
Op de CD rom staat ook een korte toelichting over de wijze van opslag en printen van de folder. De tekst van de folder kan worden aangevuld met de eigen JGZ gegevens en vervolgens worden geprint en meegegeven.

Voor de arabische tekst is ondersteuning van de arabische tekens binnen "Word" noodzakelijk.

Op de CD rom staan:

- Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis
- Folder ouders in het Nederlands "Meisjesbesnijdenis, mijn ouders zeggen nee"
- Folder ouders in het Somalisch
- Folder ouders in het Arabisch
- Folder ouders in het Amhaar
- Folder ouders in het Engels
- Folder ouders in het Frans
- Signaalwijzer meisjesbesnijdenis voor leerkrachten
- Schema overzicht en beslisboom (bijlage 7.1 en 7.2) in A5 formaat

7.4 Plaatjes van vormen van meisjesbesnijdenis.



normaal genitaal meisje

Type VGV

