

Artsen kunnen meisjesbesnijdenis veel vaker bespreekbaar maken

Heeft u ooit aan een vrouw gevraagd of ze besneden is?

Fatma, 40 jaar oud, is geboren in Somalië. Zij komt voor de derde keer dit jaar op uw spreekuur met vergelijkbare klachten. Er lijkt weer sprake te zijn van een urineweginfectie. Nogmaals antibiotica voorschrijven? Of zou er meer aan de hand zijn?

Emily Allwood, MSc

senior adviseur en trainer Pharos

prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

bijzonder hoogleraar gezondheidsverschillen, huisarts, strategisch adviseur Pharos

De kans dat Fatma besneden is is groot: 98 procent van de vrouwen in Somalië heeft vrouwelijke genitale vermindering (VGV) ondergaan. In Nederland wonen circa

41 duizend vrouwen die besneden zijn. Bij naar schatting een derde van hen is dit in de meest ingrijpende vorm gebeurd: infibulatie.¹ Bij infibulatie zijn het zichtbare deel van de clitoris en kleine schaamlippen verwijderd en worden de grote schaamlippen dichtgenaaid om de vagina-opening te vernauwen. Met name dit type VGV leidt vaak tot lichamelijke en psychoseksuele problemen.

Hoewel de groep besneden vrouwen in Nederland relatief klein is, is de individuele impact groot en levenslang. Het is daarom belangrijk dat deze vrouwen passende zorg krijgen. Zij kunnen die zorg echter niet altijd vinden, blijkt uit onderzoek.² Ook weten we dat veel vrouwen hun klachten vaak zelf niet relateren aan VGV, en überhaupt nog niet uit zichzelf met een zorgverlener bespreken dat zij besneden zijn. Helaas hebben de meeste zorgverleners weinig kennis over VGV en brengen het daardoor ook zelf meestal niet ter sprake. Dat moet en kan anders. Wat moet u als zorgverlener weten over VGV? Bij wie en wanneer brengt u VGV ter sprake? En hoe pakt u dat aan?

Taboe

Om te beginnen: VGV is een taboeonderwerp. Vrouwen zijn niet gewend om erover te praten, en al helemaal niet met een Nederlandse zorgverlener. Bovendien is VGV bij wet verboden in Nederland. Ze zijn bang voor de reacties van zorgprofessionals, bang dat ze veroordeeld worden om hun cultuur en bang voor moeilijke vragen. Vrouwen schamen zich ook vaak. Er zijn dus meerdere redenen waarom vrouwen VGV

zelf niet ter sprake brengen. Maar ze zouden het wel graag willen, blijkt uit onderzoek.³ Dat is alleen mogelijk als zorgverleners kennis hebben van VGV en een proactieve houding aannemen. In dat verband is het belangrijk om te weten wat de gezondheidscomplicaties op korte en lange termijn kunnen zijn. De meestvoorkomende problemen op korte termijn zijn bloedingen, urineretentie en genitale zwelling. De gevolgen op lange termijn kunnen we verdelen in drie categorieën: fysiek (littekens, urineweginfecties, dyspareunie, menstratieklachten, groter risico op genitale infecties en complicaties tijdens de zwangerschap), psychosociaal (angststoornissen en depressieve klachten) en seksueel (vermindering van verlangen en opwinding, verlaagde frequentie van orgasme of anorgasmie, verminderde lubricatie en verminderde seksuele bevrediging).⁴ De meeste problemen zijn met de juiste behandeling te verhelpen. Het is dus van het grootste belang dat zorgverleners deze complicaties kennen, ze signaleren en bespreekbaar maken.

Risicolanden

VGV zou een gespreksonderwerp moeten zijn met alle vrouwen afkomstig uit VGV-risicolanden. Alleen zo kun je degenen vinden die daadwerkelijk besneden zijn. Neem bijvoorbeeld als huisarts, uroloog, seksuoloog of gynaecoloog VGV standaard mee bij een intakegesprek. Verloskundigen doen dit al. Dan merken vrouwen dat VGV een bespreekbaar onderwerp is. Als een vrouw een klacht heeft die mogelijk met VGV te maken heeft, is het nodig om er expliciet naar te vragen, omdat vrouwen vaak de link tussen VGV en eventuele klachten niet zien. Het is daarom ook belangrijk om hen te informeren over mogelijke gevolgen van VGV.

De 29 VGV-risicolanden liggen in Afrika, Azië en het Midden-Oosten. Daarbij spannen

Een vertrouwensrelatie opbouwen vraagt om geduld en een niet-veroordelende houding

Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Sudan en (Noord-)Irak de kroon (zie de wereldkaart bij dit artikel op medischcontact.nl). 82 procent van de besneden vrouwen in Nederland is uit deze landen afkomstig.

Mocht behandeling overigens niet passen binnen uw expertise, kunt u een patiënte ook doorverwijzen. Er zijn in Nederland diverse zorgverleners met specifieke kennis over VGV. De GGD heeft in de meeste regio's een sociale kaart VGV met de contactgegevens van deze hulpverleners, bijvoorbeeld huisartsen, psychologen, (bekkenbodem)fysiotherapeuten, verloskundigen en gynaecologen. Daarnaast is er in sommige regio's een gespecialiseerd VGV-nazorgsprekuur, georganiseerd vanuit de GGD of het Centrum voor Jeugd en Gezin. Daar werken artsen of verpleegkundigen met expertise in VGV en cultuursensitieve zorgverlening. De spreekuren zijn laagdrempelig opgezet en vrouwen kunnen er zonder verwijzing terecht.

Vertrouwensrelatie

VGV is als gezegd een met schaamte beladen onderwerp, net als bijvoorbeeld seksuele problemen, huiselijk geweld, armoede of laaggeletterdheid. Voor al deze onderwerpen geldt dat mensen ze vaak niet uit zichzelf ter sprake brengen, maar wel graag willen dat hun hulpverlener dat doet, mits de basis van het contact goed is. Investeer dus als eerste stap in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Interesse tonen in de achtergrond van een patiënte en haar geschiedenis, geloof en gewoontes verbetert niet alleen het contact, maar geeft de zorgverlener ook inzichten die helpen om klachten beter te begrijpen en te behandelen. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie en bespreekbaar maken van VGV vraagt om geduld en een niet-veroordelende houding. Een uitgebreide intake kan hiervoor een goed middel zijn. Voorbeeldvragen zijn te vinden op artsportaal.nl/migrant. Houd er rekening mee dat hier soms meer dan één consult voor nodig kan zijn. Een vrouw kan zich overvallen voelen door het gespreksonderwerp. Gun haar de tijd om hierover na te denken. Geef haar eventueel informatie mee om thuis door te nemen. Op Zanzu.nl bijvoorbeeld is informatie beschikbaar over VGV in zestien talen. Het kan ook helpen om laagdrempelig een tolk in te schakelen. Hanteer open vragen om de effecten van VGV te exploreren. Vragen aan Fatma of ze goed kan plassen zal waarschijnlijk tot een nietszeggende reactie leiden. Voor haar is haar manier van plassen immers normaal. Als je vraagt *hoe* het plassen verloopt, zal dit meer informatie opleveren. Fatma zal dan namelijk vertellen dat ze hier

Leidraad

De Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV), gepubliceerd in november 2019, bevat informatie over VGV en de werkwijze van verschillende beroepsgroepen op het gebied van zorg en preventie en wil zorgverleners voorzien van de meeste recente evidencebased kennis over het voorkomen en behandelen van VGV. De leidraad is een initiatief van de NVOG in samenwerking met NHG, AJN, NVPC, NVVS, KNOV, Pharos en FSAN.

vaak een kwartier voor nodig heeft. Maar dat geldt voor alle vrouwen in haar familie, dus dat is toch normaal?

Preventie

Zorgverleners hebben ook een preventieve taak: we willen voorkomen dat besneden vrouwen in Nederland deze schadelijke praktijk overdragen aan hun dochters. Alle vormen van VGV zijn in Nederland bij wet verboden en zijn strafbaar als een vorm van mishandeling. Het is niet alleen verboden om in Nederland besnijdenissen uit te voeren, maar ook om als Nederlandse ingezetene in een ander land besneden te worden. In principe is het een taak van jeugdgezondheidszorg om VGV-preventiegesprekken te voeren met ouders afkomstig uit risicolanden. Jeugdartsen en -verpleegkundigen lichten ouders voor over de wetgeving en gezondheidscomplicaties. Op basis van een risicotaxatie kunnen zij inschatten of een meisje mogelijk risico loopt. De jgz is echter niet de enige met een rol in de preventie van VGV. Alle zorgverleners hebben een taak om kinderen te beschermen. Meer informatie over de preventieve taak en de zorg voor besneden vrouwen vindt u in de Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV) (zie *kader*). Hoewel de leidraad primair geschreven is voor de leden van de beroepsgroepen die hebben meegewerkt, kan deze door alle zorgverleners gebruikt worden. ●

contact

e.allwood@pharos.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoten en een landkaart met prevalentie van VGV vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

Jos van Bommel
is huisarts in Amersfoort



Niet meer zoenen en zo

Van handdruk voorgoed naar hoofd-knik'. Een fraai artikel in Medisch Contact. In het artikel wordt de mening weergegeven van een aantal dokters die niet van plan zijn hun patiënten nog een hand bij binnenkomst en vertrek uit de spreekkamer te geven. Misschien een elleboogje of een boks, maar zelfs daar ziet een aantal dokters toch nog het gevaar in van overdracht van andere virussen. Een hoofd-knikje naar Japans model gaat het mogelijk overnemen van de handdruk. Zoenen is obsoleet. Verjaardagspartijtjes zijn daardoor dragelijker. Naast het verbod op de handdruk hebben we sinds corona miljoenen mondkapjes gedragen en dragen die soms nog steeds. Mondkapjes buiten de operatiekamer zagen we in het precoronatijdperk alleen op de televisie bij Chinezen die zich probeerden te beschermen tegen smog. Vond ik er wel een beetje lachwekkend uitzien. Alsof smog tegengehouden wordt

Kortgeleden veroordeelden we handschudweigeraars nog

door een doekje. Daarnaast kenden we natuurlijk ook al de geheel of gedeeltelijke gezichtsbedekking bij islamitische vrouwen. Wilders trok er ooit hard tegen van leer: hij promootte zelfs een kopvoddentak. Mond- en gezichtsbedekking op religieuze gronden vonden veel Nederlanders maar raar en vrouwonvriendelijk. Maar toen een virus ons bedreigde werd het mond-neuskapje verplicht en accepteerden we het op een enkeling na zonder veel weerstand. Wilders heb ik sindsdien niet meer gehoord over mond- of kopvoddentak. De boerka is geen Tweede Kameritem meer. Twee jaar geleden vonden veel dokters geen hand krijgen van een vrouw bij binnenkomst in de spreekkamer afbreuk doen aan de arts-patiëntrelatie. Maar corona heeft ervoor gezorgd dat ook dat vooroordeel uit de taboesfeer is gehaald. Tja, kortgeleden veroordeelden we mondvoddendragers en handschudweigeraars nog, en nu is dat het nieuwe normaal. Corona, sterker dan een vooroordeel.