

TNO-rapport

KvL/P&Z/2009.044

Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van Vrouwenbesnijdenis of VGV (vrouwelijke genitale verminking) in de verloskundigenpraktijk in 2008

Datum	Mei 2009
Auteur(s)	Dineke Korfker Marlies Rijnders Symone Detmar
Opdrachtgever	VWS
Projectnummer	031.13742
Aantal pagina's	17 (incl. bijlagen)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Samenvatting

Verloskundigenpraktijken hebben massaal de vragenlijst ingevuld waarin gevraagd werd naar de hoeveelheid besneden vrouwen die zij in 2008 in zorg hebben gehad (respons 93%, n=478). Zij rapporteren dat zij in 2008 470 besneden vrouwen hebben gezien. Daarmee is de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking (VGV) retrospectief gemeten gedurende zwangerschap, bevalling of kraambed in de verloskundigenpraktijk 0.32% (ruim 3 besneden vrouwen op de 1000 zwangere vrouwen).

Volgens de voorlopige geboortecijfers van het CBS zijn in 2008 ruim 1500 vrouwen uit risicolanden, zoals Somalië, Ethiopië en Egypte, bevallen. Verloskundigen zagen 1200 vrouwen, 470 van hen waren besneden. Dit is veel minder dan de helft (4 op de 10). Dat is veel lager dan verwacht en ook veel lager dan in de landen van herkomst waar 9 op de 10 vrouwen besneden zijn. Er kan sprake zijn van onderrapportage in de verloskundigenpraktijk door de aard van het onderzoek en omdat verloskundigen er niet naar vragen. Ruim tweederde is zeker van het aantal besnijdenissen in 2008. In de praktijken die zeker waren en het nazochten in het archief was de prevalentie hoger. Mogelijk is er onderschatting in de praktijken die het niet nazochten. Daarentegen, in praktijken die het niet zeker wisten en een schatting maakten lijkt sprake te zijn van een overschatting. Andere redenen voor onderschatting zijn dat besneden vrouwen vaker in de 2^e lijn bij de gynaecoloog beginnen zodat er in de gynaecologische praktijk een hogere prevalentie is.

Een belangrijke aanbeveling is om verloskundigen te trainen in leren herkennen van besnijdenis en toepassing van het bestaande standpunt vrouwenbesnijdenis omdat in 39% van de verloskunde praktijken in 2008 minimaal een vrouw met VGV is gezien. Verloskundigen hebben een belangrijke voorlichtende taak ter voorkoming van VGV bij de meisjes die zij ter wereld hebben geholpen.

Tot slot, op basis van dit onderzoek kunnen we, zelfs bij overrapportage, niet anders dan concluderen dat de prevalentie veel lager is dan verwacht. Om op korte termijn exacte prevalentie cijfers te krijgen is het aan te bevelen een prospectief onderzoek te doen waarbij verloskundigen direct registreren wat zij zien. Daarnaast is het belangrijk om te registreren hoeveel besneden vrouwen gezien worden in de 2^e lijn door gynaecologen.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Inleiding	4
2	Prevalentie onderzoek in de landen van herkomst	5
3	Prevalentie onderzoek in Europa en Nederland	6
4	Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in de verloskundigenpraktijk in 2008	8
4.1	Vraagstelling van het onderzoek.....	8
4.2	Methode van onderzoek.....	8
4.3	Resultaten	9
4.4	Beschouwing.....	12
5	Conclusie	15
6	Aanbevelingen	16
7	Referenties	17

1 Inleiding

Op verzoek van VWS voerde TNO Kwaliteit van Leven een kort onderzoek uit naar de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in de verloskundigenpraktijk. Omdat het in Nederland niet mogelijk is om zonder medische reden de genitalia van vrouwen en meisjes te onderzoeken op verminkingen is de zwangerschap het aangewezen moment om vrouwen te onderzoeken op al of niet besneden zijn. De meerderheid van de zwangere vrouwen komt tijdens de zwangerschap in aanraking met de verloskundige. In 2006 startte 75% van alle zwangeren de verloskundige zorg bij een verloskundige. Slechts 23% startte voor controle van de zwangerschap in de 2^e lijn bij de gynaecoloog. De resterende 2% was onder controle bij verloskundig actieve huisartsen. In het kraambed werd in 2006 10,5% van de 2^e lijn overgedragen naar de 1^e lijn (Stichting PRN, 2006). Deze cijfers laten zien dat een groot deel van alle zwangere vrouwen in aanraking komt met een verloskundige. Om via de zwangerschap iets te weten te komen over vrouwenbesnijdenis (VGV) is de verloskundigenpraktijk dus een goede ingang. De prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in de verloskundigenpraktijk moet niet verward worden met de totale prevalentie van VGV van vruchtbare vrouwen en meisjes in Nederland. Het vertelt iets over de prevalentie bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd, maar zegt weinig over de prevalentie bij jonge meisjes.

In dit rapport wordt eerst stilgestaan bij prevalentie onderzoek in de landen van herkomst, vervolgens bij prevalentie onderzoek in Europa en Nederland. Tot slot worden de resultaten van de huidige studie beschreven gevolgd door een beschouwing van de resultaten, conclusies en aanbevelingen.

2 Prevalentie onderzoek in de landen van herkomst

De prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in de landen van herkomst van de bevolkingsgroepen waar vrouwen worden besneden is sinds de jaren '90 meestal wel bekend. Voorheen moest men de kennis baseren op schattingen die vaak sterk afweken van de werkelijke cijfers. Sinds de ICPD (International Conference on Population and Development) in 1994 georganiseerd door de UNFPA, is het onderwerp niet meer weg te denken van de internationale agenda en in toenemende mate van de nationale agenda's. De prevalentie cijfers worden steeds betrouwbaarder. In veel landen wordt om de vijf jaar het National Demographic Health Survey (NDHS) uitgevoerd waarin vragen over VGV zijn opgenomen. Daaruit blijkt dat de prevalentie van vrouwen- en meisjesbesnijdenis maar heel langzaam daalt. Door het herhaald meten van de prevalentie kan men monitoren of preventie inspanningen, zoals de IEC (Information, Education and Communication) het gewenste effect sorteren. Als we kijken naar de prevalentie in de herkomstlanden van een paar grote groepen vluchtelingen in Nederland zien we het volgende beeld.

In Egypte vond het meest recente NDHS plaats in 2005 (EDHS 2005). Daarin werden voor het eerst vragen gesteld aan de moeders over reeds uitgevoerde en over voorgenomen besnijdenissen bij hun dochters. Op basis van die informatie is de voorspelling dat de prevalentie zal dalen in Egypte. In 1995 was 97% van de gehuwde vrouwen tussen de 15 en 49 jaar besneden en in 2005 was dat 96%. Op dit moment is 80% van de meisjes van 15-17 jaar besneden en van de meisjes die nu onder de 3 jaar zijn zal op hun 18^e nog 60% besneden zijn op grond van de antwoorden van de moeders in dit onderzoek.

In Somalië heeft nooit een NDHS plaatsgevonden en voor het laatst een nationaal onderzoek door het ministerie van gezondheid in 1993 met als resultaat een prevalentie van 96%. Een studie van Care International vond in Somalië in 1999 dat 91% van de vrouwen was geïnfibuleerd en 9% een lichter type besnijdenis had ondergaan. Een recente studie van UNICEF gaat uit van een prevalentie van 95% in Somalië. De laatste NDHS in Ethiopië vond in 2005 een prevalentie van 73%.

3 Prevalentie onderzoek in Europa en Nederland

In Europa is de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) onder vluchtelingen uit risicogebieden nooit goed onderzocht. Algemeen wordt aangenomen dat de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in Europa overeenkomt met de prevalentie in het land van herkomst. FORWARD in Engeland heeft, samen met het City University Department of Midwifery (Londen) een prevalentie studie uitgevoerd voor Engeland en Wales op basis van de 2001 census en het aantal vluchtelingen (Dorkenoo, jaar?). Daarbij maakten zij de schatting op basis van de prevalentiecijfers in de landen van herkomst en het aantal migranten uit risicogebieden.

In een Zweeds onderzoek werd een prevalentie gevonden van 68% (n=254) in antwoord op een vragenlijst verspreid onder Afrikaanse vrouwen uit risicolanden en een prevalentie van 62% (n=39) bij een klinisch onderzoek onder dezelfde groep. Bij Somalische vrouwen was de prevalentie 91%, bij Ethiopische en Eritrese vrouwen 96% en overig Afrikaanse vrouwen 0% (Kangoum, 2004).

Het is echter maar zeer de vraag of het waar is dat de prevalentie bij de jonge generatie in het opvangland gelijk is aan de prevalentie in het land van herkomst. De populatie die migreert of vlucht zou in het land van herkomst al een andere prevalentie kunnen hebben omdat het vaak de stedelijke bevolking betreft waar de prevalentie over het algemeen al lager is. Daarnaast mag verwacht worden dat door alle inspanningen die worden gedaan in Europa om het gebruik uit te bannen de prevalentie daalt.

Ook in Nederland is de totale prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) nooit onderzocht. Wel is in 2007 op basis van gegevens van CBS door Pharos een schatting gemaakt van het aantal meisjes dat het risico loopt besneden te worden (zie tabel 1).

Tabel 1 Meisjes die risico lopen besneden te worden

Herkomst	Prevalentie	Aantal mannen	Aantal vrouwen totaal (2007)	Aantal Vrouwen 0-20 jr (2007)
Djibouti	95%	69	102	49
Egypte	97%	11966	7300	3971
Eritrea	90%	457	469	169
Ethiopië	90%	5614	4840	1803
Guinee	80%	1956	963	455
Guinee-Bissau	50%	184	123	47
Mali	90%	116	120	61
Sierra Leone	85%	4164	1814	760
Soedan	90%	4170	2453	1122
Somalië	98%	10124	8794	4077
Totaal				12514

Bron: CBS 2007

Deze tabel toont de top 10 van landen waar meisjes risico lopen besneden te worden.

Bij het aantal vrouwen worden alle in Nederland woonachtige vrouwen genoemd, waaronder de 0-20 jarige meisjes. De 0-20 jarige meisjes worden ook apart genoemd, maar mogen dus niet opgeteld worden bij het aantal vrouwen.

In 2005 is door de GGD Tilburg en Amsterdam een schatting gemaakt op basis van interviews met gezondheidspersoneel waaruit zij de conclusie trokken dat ongeveer 50 meisjes jaarlijks worden besneden. Deze schatting is gebaseerd op zeer summiere gegevens en moet met veel voorzichtigheid worden gehanteerd (RVZ 2005).

In Nederland is de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in de verloskundigenpraktijk over een periode van twaalf maanden: oktober 2005-oktober 2006 geëxploreerd als afstudeeropdracht door 3 studenten verloskunde aan de Verloskunde Academie Amsterdam (VAA). De prevalentie die werd gevonden was 0.3%. Zij onderzochten tevens het beleid in de verloskundigenpraktijk t.a.v. vrouwenbesnijdenis of VGV (v. Asperen e.a. 2008). Ten tijde van dat onderzoek was een standpunt meisjes- en vrouwenbesnijdenis in ontwikkeling door de KNOV (Koninklijke Nederlandse Vereniging voor Verloskundigen). In 2007 is dit standpunt ingevoerd en nu wordt dit in de verloskundigenpraktijk toegepast.

4 Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in de verloskundigenpraktijk in 2008

4.1 Vraagstelling van het onderzoek

De vraagstelling van het hier gepresenteerde onderzoek luidde “wat is de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in de verloskundigenpraktijk bij vrouwen die voor zwangerschap, bevalling en/of kraambed bij de verloskundige in zorg zijn.” Een eerdere vraagstelling naar het beleid in de verloskundigenpraktijk is niet meegenomen in dit onderzoek.

4.2 Methode van onderzoek

Om binnen korte tijd een indicatie te krijgen van de prevalentie van VGV is gekozen voor een retrospectief prevalentie onderzoek. In een dergelijk onderzoek bekijken ondervraagden over een bepaalde periode in het verleden hoe vaak zij een besneden vrouw hebben gezien. Daarbij was het niet haalbaar om persoonsgegevens te achterhalen omdat de besnijdenis niet wordt genoteerd in de Landelijke Verloskundige Registratie. Daardoor is het ook moeilijk om het land van herkomst van de vrouw te achterhalen omdat dat tot nu toe niet wordt geregistreerd. Bij retrospectief onderzoek zijn de gegevens minder exact omdat de respondent vaak afgaat op zijn of haar herinnering. Om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen werd gevraagd of de respondenten zeker waren van hun antwoord en of zij het hadden nagekeken in hun archief. Nakijken in het archief werd niet als voorwaarde voor deelname gevraagd omdat dat de respons vermoedelijk ten nadele zou hebben beïnvloed.

Omdat bekend is dat verloskundigen overbezet zijn werd de vragenlijst zeer kort gehouden. We hoopten daardoor een zo hoog mogelijke respons te krijgen.

Er werd gevraagd hoeveel vrouwen de verloskundigenpraktijken onder zorg hadden in 2008 en hoeveel besnijdenissen zij hadden gezien. Wanneer zij niet zeker waren van het aantal werd gevraagd hoeveel zij minimaal en hoeveel zij maximaal schatten. Wanneer het aantal niet was genoteerd werd een gemiddelde van de schatting genomen als prevalentie.

De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 14.0. De chi-kwadraat test is gebruikt bij de toetsing van proporties. Alle statistische toetsen zijn tweezijdig en p-waarden $<0,05$ zijn als statistisch significant beschouwd. Het betrouwbaarheidsinterval is bepaald volgens Fleiss, J.L. (1981): "Statistical methods for rates and proportions", formules 1,26 en 1,27 met een correctie voor een eindige populatie .

Alle 513 verloskundigenpraktijken werden begin februari 2009 aangeschreven. Zij ontvingen een brief met de motivatie voor het onderzoek plus de korte vragenlijst. In de tweede week van maart werd een herhalingsoproep gestuurd naar degenen die niet hadden geantwoord. Alle praktijken die de lijst niet goed hadden ingevuld of die niet reageerden werden nagebeeld.

4.3 Resultaten

Respons

We ontvingen een ingevulde vragenlijst van 478 praktijken. Dat betekent een respons van 93,2 %.

De praktijken waren zeer goed over het land verdeeld. Er waren geen gebieden waar de respons duidelijk minder was. Ook de grote steden waren goed vertegenwoordigd. Bij nabellen van de praktijken die niet hadden gereageerd bleek dat de aanname dat niet insturen betekende dat er geen besnijdenis voorkwam niet werd bevestigd. Een aantal van de nagebelde praktijken had wel besneden vrouwen gezien in 2008.

Van de 478 responderende praktijken:

- wilden drie praktijken het aantal zorgeenheden niet opgeven; één daarvan had een besneden vrouw gezien in 2008
- waren drie praktijken recent begonnen en hadden geen inschrijvingen in 2008
- werd door één praktijk het aantal zorggevallen niet ingevuld
- wist één praktijk het aantal zorggevallen niet en had geen tijd dat na te zoeken; deze praktijk had geen besnijdenis gezien in 2008

Deze acht praktijken zijn niet meegenomen in de analyse. Uiteindelijk werd de analyse gemaakt op basis van 470 praktijken (91,6 %).

Prevalentie

Door deze 470 praktijken zijn in totaal in 2008 145.492 zorggevallen of zorgeenheden gemeld en daarbinnen zijn in totaal 470 besneden vrouwen gezien. Dat betekent een prevalentie van 0,323% (95%CI : 0,310%-0,337%) voor de gehele populatie in deze verloskundigenpraktijken ofwel ruim 3 besneden vrouwen per 1000 zwangere vrouwen. Het gemiddelde aantal besneden vrouwen per praktijk is 2,5 (sd 2,5), de mediaan is 2 en de meest voorkomende waarde (modus) is 1.

183 praktijken (39%) hebben wel besneden vrouwen in zorg gehad en 287 niet (61%) . In tabel 2 wordt zichtbaar dat 69% van de praktijken 1 of 2 besnijdenissen heeft gezien en dat 6% van de praktijken er 8 – 15 heeft gezien.

De praktijken met veel besnijdenissen bevinden zich in de grote steden of in de nabijheid van asielzoekerscentra.

Zo zagen verloskundigen in Amsterdam 48 besneden vrouwen op 10.523 zorgeenheden. Dat betekent een prevalentie van 0,456, dus 4 tot 5 besneden vrouwen per 1000 zwangeren.

Tabel 2 aantal besneden vrouwen per praktijk

Aantal besneden vrouwen per praktijk	Aantal praktijken	%	Valid %
1	82	17	45
2	45	10	25
3	18	4	10
4	8	2	4
5	16	3	9
6	1	0	0
7	2	0,5	1
8	4	1	2
10	5	1	3
15	2	0,5	1
Total	183	39	100

Van de 183 praktijken die aangeven besneden vrouwen in zorg te hebben gehad zijn er 59 (32%) niet zeker van het precieze aantal en 124 (68 %) wel zeker (tabel 3).

Tabel 3. Zekerheid aantal en besneden vrouwen in zorg

zekerheid aantal	besneden vrouwen in zorg?		Total
	nee	ja	
niet zeker	3	59	62
zeker	52	124	176
Total	55	183	238

In de 124 “zekere” praktijken is het aantal besneden vrouwen significant vaker nagezocht in het archief dan in de 59 “onzekere” praktijken: 51 zekere praktijken (41%) zochten in het archief na versus 2 onzekere praktijken (3%) ($p < 0,0001$).

De prevalentie in “zekere” praktijken is 0,6%: 244 besneden vrouwen op 42.637 zorggevallen. Prevalentie in “onzekere” praktijken is 0,9%: 226 besneden vrouwen op 25.261 zorggevallen. Dit verschil is significant ($p < 0,0001$).

De prevalentie binnen de “zekere” praktijken is 0,8% (132/16.270) voor praktijken die het hebben nagezocht in het archief. Dit is hoger dan de prevalentie van 0,4% (111/26.017) in “zekere” praktijken die het *niet* hebben nagezocht in het archief. Ook dit verschil is significant ($p = 0,001$).

Tabel 4. Totaal aantal gemelde besneden vrouwen in relatie tot zekerheid over aantal en nazoeken in archief

totaal aantal gemelde besneden vrouwen				
	in praktijken die hebben nagezocht in archief	in praktijken die niet hebben nagezocht in archief	in praktijken die hebben onbekend of nagezocht in archief	totaal
in praktijken die zeker van aantal zijn	132 (28%)	111 (24%)	1 (0.2%)	244
in praktijken die onzeker van aantal zijn	5 (1%)	220 (47%)	1 (0.2%)	226
totaal	137 (29%)	331 (70,5%)	2 (.05%)	470

Van de praktijken die het niet nazochten in het archief merkten 5 op dat het niet nodig was: “dat weet ik gewoon “of” we zijn een kleine praktijk met weinig allochtonen.” Wanneer verloskundigen niet zeker zijn van het aantal en een schatting maken ziet het er naar uit dat de schatting hoger uitvalt. Daar lijkt sprake van een overschatting. Echter binnen de praktijken die aangeven het aantal wel zeker te weten valt de prevalentie significant hoger uit als er daadwerkelijk in het archief is nagezocht. Binnen de groep “zekere praktijken” is er dus toch misschien sprake van enige onderschatting als er niet is nagezocht in het archief.

De praktijken die niet zeker waren van het aantal besneden vrouwen gaven een minimum en maximum aantal besnijdenissen aan. De som van de minimum aantallen in deze groep was 142 en de som van de maximum aantallen 338. De overige 124 (68%) ‘zekere’ praktijken zagen in totaal 244 besneden vrouwen. Zo komen we op een marge van $244+142=386$ minimaal en $244+338=582$ maximaal. Dat maximale aantal ligt 112 besnijdenissen hoger dan de prevalentie van 470 die gebaseerd is op het door de verloskundige ingevulde prevalentiecijfer of een gemiddelde van het minimum en maximum.

Welk type besnijdenis

In de vragenlijst konden verloskundigen twee typen besnijdenis onderscheiden: 1. infibulatie / faraonische besnijdenis of 2. alle andere typen en met 3. gaven zij aan niet te weten welk type. Deze zeer grove onderscheiding werd gehanteerd omdat op basis van herinnering geen duidelijker onderscheid verwacht mag worden. Dat is alleen mogelijk bij een registratie in een prospectief onderzoek.

Het aantal infibulaties dat verloskundigen hebben gezien is 188 (40%) en het aantal ‘ander type besnijdenis’ is 237 (50%); 36 maal (8%) werd aangegeven dat het soort besnijdenis onbekend was en 9 maal (2%) werd niets ingevuld. Regelmatig werd er een opmerking gemaakt dat de vrouw al eerder bevallen was. Aanvankelijk was er dan wel sprake van een infibulatie maar de vrouw is dan al open gemaakt. Dan werd het type besnijdenis terecht wel geregistreerd als infibulatie.

4.4 Beschouwing

In 2008 zijn er in Nederland in totaal 184.660 (CBS 2009) vrouwen bevallen. In dit onderzoek hebben we gegevens verzameld over 145.492 zwangere en bevallen vrouwen, dus over 79% van het totale aantal bevallen vrouwen in 2008. Als 79% 470 besnijdenissen laat zien, dan zou de aanname kunnen zijn dat er bij 100% van de zwangeren 595 besnijdenissen zijn. Dat is een mogelijke onderschatting omdat het onbekend is hoeveel zwangeren tijdens de zwangerschap vaginaal geïnspecteerd zijn door de verloskundige. Uit het eerder genoemde onderzoek van verloskundige studenten (data over okt 2005- okt 2006) bleek dat 36% van de praktijken niet aan cliënten vragen of zij besneden zijn. Als zij het wel vragen en de vrouw geeft in de anamnese aan dat zij is besneden inspecteert 60% van de praktijken de vulva. Zo kunnen ze toch een flink aantal besnijdenissen missen. Een andere reden waarom in de onderzochte populatie mogelijk het aantal besneden vrouwen hoger is, is omdat de zwangere voor de baring verwezen is naar de 2^e lijn voordat zij is geïnspecteerd door de verloskundige. Er kan ook sprake zijn van onderschatting doordat er in de 2^e lijn (bij gynaecologen) meer besneden vrouwen komen omdat besneden vrouwen er voor kiezen om direct naar de 2^e lijn te gaan. De groep die vanwege doorverwijzingen en complicaties naar de 2^e lijn wordt verwezen zal deels wel in deze rapportage zijn opgenomen omdat dan blijkbaar de verloskundige haar al eerder in de zwangerschap specifiek naar besnijdenis heeft gevraagd. Volgens het standpunt van de KNOV moeten zij dat tegenwoordig ook doen. Ten tijde van het onderzoek van de studenten was dat standpunt er nog niet. De verloskundige studenten onderzochten het verwijzingsbeleid vanwege een besnijdenis. Daaruit bleek dat 50% van de praktijken besneden vrouwen niet doorverwijzen naar de 2^e lijn, 8% doet dat wel, 28% doet dit soms en 14% weet niet of zij dat zouden doen als ze een besneden cliënt zouden hebben. Vanwege bovenstaande redenen is het dus aannemelijk dat 595 de ondergrens is. Wanneer we de berekening alleen voor verloskundigenpraktijken maken komen we tot het volgende aantal: als 91,6% van de verloskundigen praktijken 470 besnijdenissen laten zien, dan is er bij registratie door 100% van de verloskundigenpraktijken sprake van 513 besnijdenissen. Wat betekenen deze aantallen voor de totale prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) in Nederland? Op basis van voorlopige cijfers van het CBS over 2008 weten we precies hoeveel vrouwen uit de risicolanden bevallen zijn in 2008. Alleen landen waar meer dan 40% van de vrouwen zijn besneden zijn opgenomen in de lijst.

Tabel 5 Levendgeborenen naar geboorteland van de moeder, 2008 ¹⁾

Herkomstgroepering kind	Totaal bevallen in 2008 in Nederland ²⁾	% VGV in land van herkomst ³⁾	Besneden vrouwen op basis van % in land van herkomst
Burkina Faso	4	72,5%	3
Ivoorkust	41	41,7%	17
Djibouti	3	93,1%	3
Egypte	269	95,8%	258
Eritrea	35	88,7%	31
Ethiopië	177	74,3%	132
Gambia	9	78,3%	7
Guinee-Bissau	4	44,5%	2
Liberia	58	45%	26
Mali	0	91,6%	0
Mauretanië	4	71,3%	3
Sierra Leone	131	94%	123
Somalië	592	97,9%	578
Soedan	173	90%	156
Tsjaad	4	44,9%	2
Totaal	1504		1341

¹⁾ Voorlopige cijfers²⁾ bron: CBS 2009³⁾ bron WHO 2008

Totaal bevielen 1504 vrouwen uit risicolanden. Uitgaande van de percentages VGV in de landen van herkomst is 90% van de vrouwen uit de risicolanden besneden, dus 9 op de 10. Als in Nederland net zo veel vrouwen besneden zouden zijn als in het land van herkomst, dan waren er 1341 besneden vrouwen bevallen.

Verloskundigen zagen 79% van de 1504 bevallen vrouwen uit de risicolanden, dus 1188 vrouwen. Daarvan waren er 470 besneden en dat is 40%, dus 4 op de 10. Dit is minder dan de helft in vergelijking met de landen van herkomst. Dat is veel lager dan algemeen wordt aangenomen.

In het Zweedse onderzoek waren de Somalische, Ethiopische en Eritrese vrouwen besneden en niet de vrouwen uit 'overig' Afrika. Als we die drie groepen bij elkaar optellen in tabel 5 en we laten de overigen buiten beschouwing dan wordt het percentage heel anders; 79% van 578 (som) + 132 (eritr) en 31 (eth) = 79% van 741 = 585. Met 470 gevonden besnijdenissen zou dan 80% van de risicogroep besneden zijn. We kunnen er absoluut geen harde conclusies aan verbinden, daarvoor zijn er teveel onzekerheden. Door het retrospectieve karakter van het onderzoek zijn de marges groot in wat verloskundigen zich herinneren. Dat zagen we in het minimum en maximum aantal wat onzekere praktijken rapporteerden en in de hogere prevalentie bij zekere praktijken die het nazochten in het archief.

De overweging werd al genoemd dat we ondanks alle inspanningen toch een groot deel gemist hebben omdat verloskundigen niet altijd vragen bij de anamnese of de vrouw besneden is.

Een ander aspect wat de prevalentie mogelijk lager doet uitvallen in vergelijking met het land van herkomst, is dat de groep vluchtelingen/migranten die naar Nederland komen niet een dwarsdoorsnede van de bevolking in het land van herkomst is.

Voor Egyptenaren geldt dat het eerder de stedelijke bevolking is die naar Nederland emigreert. In stedelijke gebieden is de prevalentie van VGV beduidend lager dan op het platteland. Dit speelt mogelijk in andere landen op gelijke wijze.

De enige manier om zekerheid te krijgen over de prevalentie van VGV bij zwangere vrouwen in Nederland is om bij iedere vrouw uit een risicogebied na inspectie te registreren of zij is besneden, welk type besnijdenis zij heeft en op welke leeftijd dat is gebeurd. Tevens moet genoteerd worden of zij is opengemaakt (defibulatie). Dit kan gebeurd zijn bij een vorige bevalling, maar er kan ook op eigen initiatief defibulatie hebben plaatsgevonden. Ook dat moet worden opgenomen in zo'n registratie. Dan zal ook blijken of vrouwen die al in Nederland zijn bevallen na de bevalling weer zijn dichtgemaakt of zich misschien elders weer hebben laten dichtmaken of reïnfibuleren. Door aan verloskundigen achteraf te vragen wat ze hebben gezien, zoals in dit onderzoek, kunnen we dus slechts een schatting maken van het aantal VGV's.

5 Conclusie

Het onderwerp vrouwenbesnijdenis heeft de aandacht van verloskundigen. Dat mogen we concluderen op grond van de massale respons op deze enquête (93%). Vier op de tien praktijken hadden in 2008 besneden vrouwen onder controle (39%). In alle grote steden, maar ook in veel kleinere plaatsen verspreid over het land komt het voor. Er is een kleine groep praktijken (6%) met veel ervaring omdat zij 8 – 15 besneden vrouwen per jaar zien, maar de grote meerderheid ziet maar één of twee besneden vrouwen per jaar.

De meerderheid van de praktijken die aangeven besneden vrouwen te hebben gezien, is zeker over het aantal besnijdenissen dat zij hebben gezien (69%). De prevalentie in de groep onzekere praktijken die een schatting maken blijkt hoger uit te vallen dan de groep die het zeker weet. Binnen de groep praktijken die het zeker weten is de prevalentie hoger als er nagezocht is in het archief. Mede daarom is het aannemelijk dat de gevonden prevalentie in verloskundigenpraktijken eerder een onderschatting dan een overschatting is.

Verloskundigen herinnerden zich bij 8% niet om welk type besnijdenis het ging, maar in de overige gevallen konden zij onderscheid maken tussen een infibulatie (40%) of een ander type besnijdenis (50%). Er werd regelmatig geconstateerd dat de infibulatie bij een vorige bevalling was opgeheven en een paar keer dat de vrouw al voor de zwangerschap was gedefibuleerd.

Minder dan 20% van de zwangere vrouwen wordt niet door de verloskundige in de zwangerschap gezien. Echter, gezien het ontbreken van gegevens over routinematig inspecteren van de vagina in de zwangerschap zowel door verloskundigen als gynaecologen kunnen we niet concluderen of in deze groep de prevalentie van vrouwenbesnijdenis hoger zal zijn of niet. Mogelijk is dit wel het geval omdat sommige besneden vrouwen direct naar de 2^e lijn gaan.

Op basis van voorlopige CBS gegevens over bevallingen in 2008 weten we dat 1341 vrouwen uit de risicogroepen zijn bevallen in 2008. Een calculatie op grond van de in dit onderzoek gevonden besnijdenissen geeft 44% besneden vrouwen in deze groep. Op basis van de gegevens verzameld in dit onderzoek kunnen we bijna niet anders dan concluderen dat de prevalentie lager is dan verwacht.

6 Aanbevelingen

Om op korte termijn betrouwbare gegevens te krijgen over vrouwenbesnijdenis in de verloskundigenpraktijk zou een prospectief prevalentie onderzoek plaats moeten vinden. In een dergelijk onderzoek registreren verloskundigen wat ze zien, aangevuld met persoonsgegevens van de vrouw zoals land van herkomst, leeftijd, pariteit en aankomstdatum in Nederland. Bovendien kunnen zij dan het type besnijdenis nauwkeurig weergeven. Tevens kunnen zij registreren of een vrouw opnieuw gesloten is na de vorige bevalling.

In de toekomst (streefdatum is 2010) gaan verloskundigen VGV registreren in de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR). Om te zorgen dat dat zorgvuldig gebeurt en dat die gegevens beschikbaar komen en geanalyseerd worden is training en onderzoek nodig. Die data zullen niet eerder dan in de loop van 2011 beschikbaar komen. Omdat zo veel verloskundigen te maken hebben met VGV (in 2008 39%) is het van groot belang dat zij allemaal medisch geschoold worden in het beleid t.a.v. VGV. Tot nu toe is er in sommige pilot regio's (in de zes grote steden) training gegeven aan verloskundigen over signaleren en bespreekbaar maken van VGV. Zij hebben daarnaast veel behoefte aan het vergroten van hun medische kennis over herkennen van het type besnijdenis en het omgaan met beleid tijdens de bevalling en post partum. Dat is met name van belang bij de wijze van inknippen en hechten. Hierover bleek in het al eerder genoemde onderzoek van de studenten van de VAA veel onduidelijkheid te bestaan. Daarnaast is het belangrijk dat zij het leren bespreekbaar maken ter voorkoming van besnijdenis bij de meisjes die zij ter wereld hebben geholpen.

Het is van belang om ook in de gynaecologische praktijk te onderzoeken wat de prevalentie van vrouwenbesnijdenis (VGV) is omdat deze mogelijk hoger is dan in de verloskundigenpraktijk. Er zijn signalen dat besneden vrouwen aan het begin van de zwangerschap eerder naar een gynaecoloog gaan vanwege de problemen die zij voorzien bij een bevalling.

7 Referenties

Asperen S. van, Read L., Sanjuan M.; De prevalentie van besneden vrouwen in de eertelijns verloskundigenpraktijk in Nederland en het beleid door eerstelijns verloskundigen bij een besneden vrouw; Verloskunde academie Amsterdam; april 2008

Commissie Bestrijding vrouwelijke genitale verminking; Beleidsadvies bestrijding vrouwelijke genitale verminking; RVZ; Zoetermeer 2005

Dorkenoo E.; FGM Prevalance for Africa, England and Wales; powerpoint presentation; year ?

El-Zanaty F., Way A.; The 2005 Egypt Demographic and Health Survey, Cairo, Egypt, Ministry of Health and Population 2006

Kangoum AA, Flodin U, Hammar M, Sydsjö G; Prevalence of female genital mutilation among African women resident in the Swedish country of Östergötland; Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica 2004; 83: 187-190

Stichting Perinatale Registratie Nederland; Perinatale zorg in Nederland 2006

WHO; Eliminating Female genital mutilation; An interagency statement by OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO; 2008