

Toine Lagro-Janssen

em. hoogleraar vrouwenstudies
medische wetenschappen,
eerstelijngeneeskunde,
Radboudumc, Nijmegen

Tosca Hummeling

projectleider Toeleiding naar
zorg voor besneden vrouwen,
GGD GHOR Nederland



POLARIS IMAGES / HOLLANDSE HOOGTE

VERTROUWEN KWEKEN IS BELANGRIJKE VOORWAARDE VOOR GOEDE ZORG

Huisarts kan meer doen bij vrouwenbesnijdenis

Huisartsen vinden het vaak lastig om het onderwerp vrouwenbesnijdenis aan te roeren bij mogelijke slachtoffers. Echter geduld, openheid en vriendelijkheid kunnen een vertrouwensband scheppen, waarna een gesprek heel goed mogelijk is.

Mevrouw S, vluchteling uit Eritrea, woont nu zes maanden in het asielzoekerscentrum (azc). Zij is 36 jaar en woont hier met haar man en twee dochtertjes van 5 en 3 jaar oud. Ze spreekt geen Nederlands. Op het spreekuur van de azc-huisarts geeft ze non-verbaal en via de telefonisch ingeschakelde tolk aan dat zij al jaren buikpijn heeft. Tijdens de menstruatie wordt de pijn erger. Ook lijdt zij aan sombere buien, ze eet niet en slaapt slecht. De huisarts in het azc verwijst haar naar de POH-ggz. Deze heeft toevallig een nascholing gevolgd over vrouwelijke genitale verminking. Hij heeft er in zijn gesprekken met mevrouw S, nog nooit naar gevraagd en zij heeft er ook nooit over verteld. Hij vermoedt echter dat de vrouw besneden is en verwijst haar naar het consultatie- en adviescentrum voor besneden vrouwen. Daar blijkt in het gesprek met de vrouwelijke huisarts dat de vrouw inderdaad besneden is: een infibulatie met clitoridectomie. Zelf heeft ze nog nooit een relatie gelegd tussen haar buikpijn en haar besnijdenis. Voorzichtig vertelt ze het verhaal van haar besnijdenis. Ze weet niet precies hoe oud ze toen was, ze denkt ongeveer 5 of 6 jaar. Het deed veel pijn. Ze schaamt zich heel erg en vermijdt doktersbezoek. Ze voelt zich geen normale vrouw. Ze heeft vaker last van vaginale infecties en heeft nare pijnlijke ervaringen met eerder gynaecologisch onderzoek. Ook haar vluchtverhaal, nog vers, komt aan de orde.

In Nederland wonen ongeveer 28.000 vrouwen die besneden zijn. De meeste van deze vrouwen komen uit Somalië, Egypte en Ethiopië/Eritrea.¹ Een deel van hen ondervindt nog altijd fysieke en/of psychische klachten als gevolg van hun besnijdenis. Die klachten zijn heel divers en deels atypisch (zie kader 1).² Niet alle vrouwen hebben er last van. Dit is, behalve van de leeftijd en de omstandigheden waaronder de besnijdenis heeft plaatsgevonden, afhankelijk van de vorm van besnijdenis (zie kader 2). Ook is van belang in hoeverre vrouwen er onderling en met hun man over kunnen praten en welke coping-strategie zij zich hebben eigenemaakt.³

De huisarts speelt een belangrijke rol in het bespreekbaar maken van de klachten en het doorverwijzen naar de juiste hulp-

verlening. Het is dan echter wel nodig dat hij of zij iets weet van vrouwelijke genitale verminking (vgv) en hoe dit met vrouwen te bespreken. En daar valt nog wel wat te winnen.

Pilot

Veel huisartsen vinden het lastig om met vrouwen over hun besnijdenis te praten. Ze weten niet hoe te beginnen en wat ze wel of niet kunnen zeggen en vragen. Besneden vrouwen op hun beurt kunnen die klachten soms niet duidelijk verwoorden, of weten zelfs niet dat besnijdenis de oorzaak is. En als ze het wél weten, schamen ze zich dikwijls om erover te praten. Sommigen hebben bovendien slechte ervaringen met hulpverleners, of hoorden andere vrouwen hierover praten, bijvoorbeeld dat ze bij hun bevalling als een studieobject werden behandeld, of het gevoel hadden dat hulpverleners naar de besnijdenis als rariteit kwamen kijken of er ontsteld op reageerden.

Het kost daarom vaak meerdere gesprekken voordat er genoeg vertrouwen is om het hele verhaal te vertellen, inclusief eventuele seksuele of relationele aspecten.

Open en vriendelijk communiceren is echt heel belangrijk

In de periode 2012-2014 heeft een landelijke pilot plaatsgevonden om uit te zoeken welke factoren van belang zijn om een betere zorg voor besneden vrouwen te realiseren. In de pilot zijn spreekuren opgezet, zowel bij de GGD's in diverse steden als in een gezondheidscentrum in Nijmegen. De belangrijkste reden om een gezondheidscentrum in de pilot te betrekken is dat de meeste vrouwen hun klachten het eerst presenteren aan de

huisarts. Juist daar ontbreekt vaak de kennis. Sleutelpersonen, vrouwen uit de eigen gemeenschap die besneden zijn, geven voorlichting over de klachten die kunnen voortkomen uit besnijdenis en verwijzen de vrouwen naar de spreekuren.

Op die spreekuren blijken de meeste vrouwen geruime tijd (meer dan tien jaar) last te ondervinden van de gepresenteerde klachten: overwegend buikpijn, vaginale klachten, klachten van de blaas en algemene klachten als kou, moe en slap gevoel. Ook veel somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. Daarnaast komen problemen met fertiliteit aan de orde en vragen van medische en praktische aard over mogelijkheden tot reconstructie van de benijdenis.⁴

Geduld

Veel vrouwen beginnen eerst over een klacht, bijvoorbeeld hun ogen of huid, die in feite niets met vrouwenbesnijdenis te maken heeft. Het is een introductie, kennismaking, kijken hoe de dokter het gesprek aangaat alvorens meer private problemen van schaamte te bespreken. Communicatie en een open en vriende-

lijke ontmoeting zijn dus echt heel belangrijk.

Het kost tijd om vrouwen te bereiken en hen te motiveren tot het zoeken van hulp. Dat vraagt van de arts geduld, compassie en een niet-veroordelende houding. Luisteren, goed (gynaecologisch) onderzoek doen en veel uitleg geven zijn cruciaal. Vaak zorgt bekkenfysiotherapie voor verlichting van de klachten en soms is verwijzing naar een gynaecoloog zinvol.

De psychische problemen die het gevolg zijn van besnijdenis zijn het moeilijkst te bespreken. Daar rust een taboe op in de gemeenschappen waar vgv voorkomt. Het is daarom het beste om de vrouwen via de medische insteek te bereiken en laagdrempelig taalgebruik te kiezen.

Nascholing

Huisartsen spelen een belangrijke rol om ervoor te zorgen dat de vrouwen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Zij kunnen het probleem signaleren en bespreekbaar maken. Daarvoor is kennis nodig van mogelijke klachten die gerelateerd zijn aan vgv, en de juiste attitude om in een open communicatief contact het gesprek aan te gaan.

Een veelvoorkomend misverstand is dat vrouwen er niet met de dokter over zouden willen praten. Dat is niet zo. In een vertrouwde arts-patiëntrelatie kan op een respectvolle manier en met kennis van zaken een heleboel meer dan de meeste artsen denken.

Om de huisartsen te ondersteunen is een nascholingsmodule gemaakt waar aan de hand van een film van een dagelijks consult opdrachten zijn geformuleerd, kennis wordt aangereikt en handvatten en oefeningen worden gegeven over de manier waarop vgv het beste ter sprake kan worden gebracht.⁵ De module sluit aan bij een groter onderwijspakket over familiaal huiselijk geweld.⁶ Deze module zal landelijk ter beschikking worden gesteld. ■

contact

toine.lagro@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en meer artikelen over vrouwen-besnijdenis vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

KLACHTEN BIJ VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING

Mogelijke lichamelijke klachten

- Menstruatieklachten
- Moeilijke en/of pijnlijke urinelozing
- Urineweginfectie
- Chronische pijn in onderbuik
- Chronische infecties
- Subfertiliteit
- Littekenvorming met keloïd en huidcysten
- Verhoogde kans op soa/hiv-infectie vanwege vulnerabiliteit weefsel
- Moeilijk inwendig onderzoek en het maken van een uitstrijkje⁷
- Moeizame bevallingen
- Pijnlijke en/of moeizame penetratie tijdens de seks

Mogelijke psychosociale en seksuele klachten

- Angst en depressie
- Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS)
- Angst voor seksualiteit
- Negatieve invloed op seksualiteit en seksualiteitsbeleving

VORMEN VAN VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING (VGV)

De World Health Organisation (WHO) onderscheidt vier vormen van vgv:

1. Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en/of preputium clitoridis (clitoridectomie).
 - a) Verwijdering van alleen het preputium clitoridis.
 - b) Verwijdering van de clitoris met het preputium clitoridis.
2. Gedeeltelijk of totale verwijdering van clitoris en labia minora, met of zonder verwijdering van labia majora (excisie).
 - a) Verwijdering van alleen labia minora.
 - b) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora.
 - c) Gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris, labia minora en labia majora.
3. Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van labia minora en/of labia majora, met of zonder verwijdering van de clitoris (infibulatie).
 - a) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia minora.
 - b) Verwijdering en aan elkaar hechten van labia majora.
4. Niet geclassificeerd: alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals bijvoorbeeld prikken, piercing, kerven, schrapen en wegbranden.