

Opbrengsten pilotprojecten VGV

Eindrapport procesevaluatie preventieprojecten meisjesbesnijdenis

Van Montfoort
Woerden, juli 2009

Drs. A.E. van Burik
Drs. A.M. Persoon

INHOUDSOPGAVE

Inleiding en verantwoording	7
1.1 Inleiding.....	10
1.2 Deskundigheidsbevordering	10
1.3 Toepassing gespreksprotocol: voorlichting en signalering	13
1.4 Bereik risicogroepen en risicotaxatie	15
1.5 Specifieke aandachtspunten.....	19
2 Verbeteren ketensamenwerking	21
2.1 Inleiding.....	21
2.2 Overzicht activiteiten en bereik.....	21
2.3 Bevorderende en belemmerende factoren	26
3 Voorlichting voor en door etnische groepen	29
3.1 Inleiding.....	29
3.2 Contactlegging, samenwerking en bereik etnische groepen	29
3.3 De sleutelpersonen, trainingen van Pharos/FSAN en de huisbezoeken.....	31
3.4 De voorlichtingsbijeenkomsten en overige activiteiten	34
3.5 Bevorderende factoren	38
4 Lokale borging van de preventieve aanpak VGV.....	41
4.1 Een opmerking vooraf.....	41
4.2 Lokale borging van de preventieve aanpak VGV	41
4.3 Landelijke borging van de preventieve aanpak VGV	46
5 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	49
5.1 Samenvatting en conclusies	49
5.2 Producten.....	52
5.3 De do's en don'ts: lessen voor toekomstige projectleiders preventie VGV	53
Bijlage 1 Literatuur	57
Bijlage 2 Aanvullende informatie VGV project Utrecht	59

Inleiding en verantwoording

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

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

De kans op lichamelijke klachten en medische complicaties is groot, zowel tijdens de ingreep als ook daarna. Daarnaast kan meisjesbesnijdenis psychische klachten en problemen met seksualiteit veroorzaken.

Meisjesbesnijdenis is sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw bekend geworden in Nederland met de komst van Somaliërs. Maar ook andere bevolkingsgroepen die in Nederland gevestigd zijn, passen meisjesbesnijdenis toe. Ook deze andere migrantengroepen komen hoofdzakelijk uit Afrika, met name uit Egypte, Nigeria, Ghana, Ethiopië, Soedan en Siërra Leone.

Meisjesbesnijdenis vindt meestal plaats bij jonge meisjes tussen 4 en 14 jaar; de exacte leeftijd verschilt per land (Van der Kwaak et al., 2003; Toubia, 1994; Anonymous, 1995). Er wordt geschat dat er jaarlijks 50 meisjes in Nederland besneden worden (bron: advies RVZ 2005).

De Nederlandse regering heeft, evenals een aantal andere Europese landen, alle vormen van meisjesbesnijdenis verboden. Ook het in het buitenland laten besnijden van in Nederland woonachtige migrantenmeisjes, is onder de Nederlandse wet strafbaar gesteld.

Het kabinet heeft daarom in aansluiting op een advies van de commissie 'bestrijding vrouwelijke genitale verminking' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) besloten tot een landelijke aanpak gericht op het voorkomen van meisjesbesnijdenis. Deze aanpak richt zich op preventie, vroegtijdige signalering en opsporing en handhaving.

De ontwikkeling en uitvoering van projecten gericht op het tegengaan van meisjesbesnijdenis in een 6-tal gemeenten vormt het zwaartepunt van de landelijke aanpak. Hiervoor zijn gemeenten geselecteerd met de grootste aantallen vrouwen en meisjes afkomstig uit de risicolanden voor VGV. De geselecteerde gemeenten zijn: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Tilburg, Utrecht en Eindhoven. Het kabinet heeft in totaal € 3 miljoen ter beschikking gesteld aan deze concentratiegebieden voor een projectperiode van drie jaar (2006 tot en met 2008).

De financiële middelen zijn verdeeld naar rato van het aantal meisjes (0-19) uit de *drie grootste risicogroepen* (Egypte, Ethiopië en Somalië) in de zes gemeenten.

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal meisjes (0-19) uit de 3 grootste risicogroepen per pilotgemeente en de verdeling van de subsidie per gemeente. De cijfers zijn afkomstig uit het projectplan van Tilburg (bron: CBS/ ministerie van VWS) en hebben betrekking op 2005.

Tabel 1: aantallen meisjes, herkomstlanden en toegekende subsidie per pilotproject

Pilotgemeenten/ heel Nederland	In Nederland wonende meisjes (0-19) afkomstig uit de 3 grootste risicogroepen			Totaal	Toegekende subsidiebedragen
	Somalië	Egypte	Ethiopië		
Amsterdam	396	1026	274	1696	€ 1.036.887,-
Rotterdam	686	59	312	1057	€ 646.218,-
Den Haag	527	382	82	991	€ 605.400,-
Tilburg	545	29	21	595	€ 363.766,-
Utrecht	193	40	59	292	€ 178.520,-
Eindhoven	218	29	29	276	€ 168.738,-

Het ministerie van VWS heeft in haar algemene landelijke aanpak aangegeven dat de projecten in de zes gemeenten meisjesbesnijdenis dienen te voorkomen via een programmatische ketenaanpak.

De programmatische aanpak moet gebaseerd zijn op drie onderdelen:

- Individuele voorlichting en vroegsignalering van bedreigende situaties door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
- Verbeteren van de keten van vroegsignalering, melding en afhandeling als onderdeel van de keten van kindermishandeling en huiselijk geweld.
- Voorlichtingsbijeenkomsten die zijn opgezet met en uitgevoerd door vertegenwoordigers uit de betrokken etnische groepen en zijn gericht op deze groepen.

De zes gemeenten hebben eigen projectplannen opgesteld waarin de drie onderdelen zijn uitgewerkt in activiteiten en een bijbehorende planning.

Pharos¹ en FSAN² hebben elk vanuit hun eigen positie, taakstelling en verantwoordelijkheid ondersteuning geboden aan de pilotprojecten.

Het ministerie van VWS had de regiefunctie over de integrale aanpak en heeft vanuit deze positie aangegeven dat een procesevaluatie moest worden uitgevoerd. Adviesbureau Van Montfoort heeft de opdracht gekregen om de procesevaluatie uit te voeren. De projecten traden op als opdrachtgever van het onderzoek.

De belangrijkste vragen van de procesevaluatie luiden als volgt.

- In hoeverre en op welke wijze zijn de drie onderdelen van de programmatische aanpak gericht op voorkoming van meisjesbesnijdenis, in de zes projecten gerealiseerd?
- Welke good practices en verbeterpunten hebben de projecten opgeleverd?
- Welke aanbevelingen kunnen aan het ministerie van VWS worden gedaan voor continuering van een landelijke aanpak gericht op het voorkomen van meisjesbesnijdenis?

De evaluatie voorziet in een opzet van drie rondes: een rapportage van de startfase (2006 en eerste 3 maanden 2007), een rapportage van een groot deel van de uitvoeringsfase (april 2007 - april 2008) en een eindrapport.

¹ Landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers.

² FSAN (Federatie Somalische Associaties in Nederland) is een koepelorganisatie van zelforganisaties in Nederland.

In de rapportages van de startfase en de uitvoeringsfase wordt uitgebreid verslag gedaan van de ontwikkeling, de uitvoering, de verbeterpunten en de good practices van de afzonderlijke projecten. Deze rapportages zijn gebaseerd op drie onderzoeksbronnen:

- Interviews met sleutelpersonen (projectteam, vertegenwoordigers JGZ, vertegenwoordigers risicogroepen en landelijke ondersteuners (Pharos en FSAN).
- Cijfermatige gegevens over bereik doelgroepen en bereikte resultaten.
- Eigen rapportages van de projecten voor zover beschikbaar.

De rapportage van de startfase is uitgebracht in september 2007³. De rapportage van de uitvoeringsfase was in augustus 2008 beschikbaar⁴.

In het onderhavige eindrapport ligt de nadruk op de opbrengst van 3 jaar pilotprojecten, de borging van de preventieve aanpak meisjesbesnijdenis binnen de pilotgemeenten en de lessen (do's en don'ts) voor landelijke implementatie van de preventieve aanpak⁵.

Deze rapportage is gebaseerd op de volgende onderzoeksbronnen:

- De rapportages van de startfase en de uitvoeringsfase (periode 1 januari 2006 – 1 april 2008)
- Cijfermatige gegevens over uitgevoerde activiteiten en bereik doelgroepen (periode: 1 januari 2006 – 1 december 2008)
- Interviews met de projectteams over de lokale borging en de lessen voor de landelijke implementatie (do's en don'ts voor toekomstige projecten). (Afname interviews: april - juni 2009).

De projecten hadden een looptijd van 3 jaar (2006 – 2008). Vervolgens is er twee keer besloten tot een verlenging van 6 maanden.

- Eind 2008 is de projectduur met 6 maanden verlengd om de landelijke implementatie van de preventieve aanpak die in de pilotgemeenten is ontwikkeld, is te realiseren. De projecten hebben deze periode tevens benut om de eigen lokale borging van de preventieve aanpak VGV te versterken.
- In mei 2009 is de projectduur, op verzoek van het ministerie van VWS, nogmaals met 6 maanden verlengd omdat de (financiële) besluitvorming over de landelijke implementatie nog niet was afgerond.

De projecten zijn dus ook in 2009 doorgedaan met hun preventieve aanpak VGV. Er zijn nieuwe werkplannen gemaakt en er zijn doorstartconferenties georganiseerd, de uitvoering van activiteiten is gecontinueerd en er is gewerkt aan de lokale borging van de ontwikkelde preventieve aanpak. De onderzoeksopdracht is echter niet uitgebreid en heeft dus voornamelijk

³ Burik, A.E. van, Elderman E.R., Persoon, A.M. : Procesevaluatie projecten Meisjesbesnijdenis; rapportage eerste fase (januari 2006 – april 2007); Woerden, Adviesbureau Van Montfoort, september 2007.

⁴ Burik, A.E. van, Persoon A.M.: Procesevaluatie projecten Meisjesbesnijdenis; rapportage tweede fase (april 2007 – april 2008); Woerden, Adviesbureau Van Montfoort, augustus 2008.

⁵ Het ministerie van VWS heeft in het najaar 2008 een afzonderlijk onderzoek laten uitvoeren naar de landelijke implementatie van de ontwikkelde preventieve aanpak VGV (Van Koert et al., 2009). Dit onderwerp heeft in het onderhavige rapport daarom slechts beperkte aandacht gekregen.

betrekking op de oorspronkelijke projectduur. Het onderhavige eindrapport geeft dus geen compleet beeld van de opbrengsten van de projecten.

Het VGV project in Utrecht heeft de verlenging benut om een inhaalslag te maken met de uitvoering van activiteiten. We hebben daarom specifiek voor Utrecht een (beknopt) overzicht van de activiteiten die in de periode 1 december 2008 – 1 juni 2009 zijn voorbereid en/of uitgevoerd vanuit het VGV project Utrecht, opgenomen in een bijlage (zie bijlage 2).

NB. We wijzen erop dat geen beoordeling wordt gegeven van de prestaties van de afzonderlijke projecten. Het toegekende budget per project en daarmee dus ook het beschikbare aantal fte's per project loopt daarvoor te zeer uiteen. Ter indicatie: het aantal uur dat de projectteams van de verschillende gemeenten beschikbaar hadden voor de uitvoering van het project lag tussen 10 en 64 uur per week.

Individuele voorlichting en vroegsignalering door de JGZ

1.1 Inleiding

Het geven van individuele voorlichting aan ouders uit de risicolanden en het vroegtijdig signaleren van het risico op meisjesbesnijdenis door JGZ medewerkers (0-19) vormt het eerste speerpunt van de pilotprojecten. Concreet betekent dit dat JGZ medewerkers (artsen en verpleegkundigen) in hun reguliere contacten (consultatiebureau JGZ 0-4, regulier onderzoek JGZ 4-19) het onderwerp meisjesbesnijdenis bespreken met ouders (en kinderen) afkomstig uit de risicolanden. Het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis dat door de AJN⁶ is ontwikkeld, biedt richtlijnen voor het voeren van dit gesprek en handvatten voor het maken van een risicotaxatie. Op basis van de aan- of afwezigheid van bepaalde risicofactoren wordt de inschatting 'geen risico', 'twijfelachtig risico' of 'reëel risico' gemaakt. Het protocol schrijft vervolgens voor wat de JGZ medewerker bij welk risicoprofiel dient te doen en wanneer gemeld moet worden bij het AMK. Het protocol is daarmee dus ook te beschouwen als een meldcode.

Om dit speerpunt tot uitvoering te brengen is (1) deskundigheidsbevordering georganiseerd voor JGZ medewerkers en (2) het gespreksprotocol geïmplementeerd in de zes pilotgemeenten.

Registratie van de toepassing van het gespreksprotocol levert gegevens op over het bereik van ouders uit de risicodoelgroepen, de risicosignalering en de ondernomen acties.

1.2 Deskundigheidsbevordering

Pharos en FSAN hebben in het kader van de landelijke ondersteuning van de pilotgemeenten een eendaagse basistraining en een eendaagse verdiepingstraining voor JGZ medewerkers georganiseerd gericht op het toepassen van het gespreksprotocol.

De basistrainingen

De basistraining Van Pharos en FSAN is op grote schaal gevolgd door JGZ medewerkers uit Amsterdam, Rotterdam, Eindhoven en Tilburg. Utrecht en Den Haag trainden hun medewerkers

⁶ Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland.

zelf. De JGZ verpleegkundigen van SAG in Amsterdam⁷ hebben een eigen interne scholing gevolgd. Een deel van hen volgde daarnaast ook een verkorte basistraining van Pharos/ FSAN. Een eigen training is minder omvattend maar heeft wel als voordeel dat deze gemakkelijker opnieuw herhaald kan worden voor nieuwe medewerkers.

Sommige gemeenten (zoals Amsterdam) hebben hun medewerkers eerst breed laten scholen door Pharos/FSAN en het onderwerp VGV vervolgens zelf opgenomen in hun bestaande cursusaanbod (zie later onder 'aanvullende scholing en structurele inbedding').

Tabel 2 geeft een overzicht van de deelname aan de basistraining georganiseerd door Pharos/ FSAN. De cijfers hebben betrekking op een periode van bijna twee jaar (januari 2006 tot en met november 2008).

Tabel 2: Deelname basistraining Pharos/ FSAN⁸

Gemeente	Aantal JGZ artsen/ verpleegkundigen in de gemeente/ regio	Aantal JGZ artsen/ verpleegkundigen dat basistraining volgde
Amsterdam	184	159
Rotterdam	218	125
Tilburg	60	42
Eindhoven	146	106
Totaal	600	432

Het bereik van de basistraining van Pharos/ FSAN ligt gemiddeld genomen op 72%. Van de in totaal 600 JGZ artsen/verpleegkundigen werden er 432 getraind. Het feitelijk bereik ligt waarschijnlijk wat lager wegens het verloop van medewerkers.

Soms werden ook andere JGZ medewerkers dan de artsen en verpleegkundigen geschoold. In Amsterdam heeft een deel van de doktersassistenten de basistraining ook gevolgd; In Eindhoven werd de JGZ MOA⁹ ook getraind.

Tabel 3 geeft een overzicht van de deelname aan de eigen interne training die door Den Haag en Utrecht is georganiseerd. Den Haag organiseerde een eigen training van een dagdeel en een opleiding via E-learning die werd afgesloten met een test. In Utrecht was de eigen interne training onderdeel van een training signalering kindermishandeling. Assistenten en wijkpedagogen zijn in Utrecht ook getraind. De cijfers hebben betrekking op een periode van bijna twee jaar (januari 2006 tot en met november 2008).

⁷ Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra.

⁸ De tabel laat geen lineair verband zien tussen de grootte van de pilotgemeente en het aantal werkzame JGZ artsen/ verpleegkundigen. Sommige JGZ organisaties werken namelijk ook in de regio, dus buiten de gemeente, en hebben ook hun JGZ artsen en verpleegkundigen buiten de gemeente getraind.

⁹ Medische Opvang Asielzoekers.

Tabel 3: Deelname eigen interne basistraining

Gemeente	Aantal JGZ artsen/ verpleegkundigen	Aantal JGZ artsen/ verpleegkundigen dat basistraining volgde
Den Haag	145	176
Utrecht	126	120
Totaal	271	290

Het bereik van de eigen interne trainingen ligt op respectievelijk 95% en 120%. De Haag heeft met een bereik van 120% ook (bijna) alle nieuw aangestelde JGZ medewerkers bereikt.

De verdiepingstraining

De deelname aan de verdiepingstraining van Pharos/FSAN verschilt per gemeente. De grootste gemeenten (Amsterdam en Rotterdam) hebben ervoor gekozen om deze training gericht aan te bieden. In Amsterdam is de verdiepingstraining alleen gevolgd door artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op hoog-risico-locaties. In Rotterdam volgden alleen de aandachtsfunctionarissen VGV de verdiepingstraining. In Eindhoven volgde alleen de JGZ 4-19 de verdiepingstraining.

Tabel 3 geeft een overzicht. Ook deze cijfers hebben betrekking op een periode van bijna 2 jaar (januari 2006 tot en met november 2008).

Tabel 4: Deelname verdiepingstraining Pharos/ FSAN¹⁰

gemeente	Aantal JGZ artsen/ verpleegkundigen in gemeente/ regio	Aantal JGZ artsen/ verpleegkundigen dat training volgde
Amsterdam	184	70
Rotterdam	218	12
Den Haag	145	115
Tilburg	52	0
Utrecht	126	0
Eindhoven	146	16

Het bereik van de verdiepingstraining was wisselend. De tabel laat zien dat vooral Den Haag en Amsterdam gebruik hebben gemaakt van het verdiepingsaanbod van Pharos en FSAN en daarmee hun interne deskundigheid inzake VGV verder hebben versterkt. Voor de steden die minder budget kregen toegekend (met name Utrecht en Eindhoven) was het financieel gezien ook een (te) zware belasting om mensen vrij te maken voor het volgen van deze training. In Eindhoven heeft daarom alleen de JGZ 4-19 de verdiepingstraining gevolgd. In Utrecht (en in Tilburg) heeft de JGZ geen gebruik gemaakt van het verdiepingsaanbod.

De verschillende trainingen (basistraining en verdiepingstraining) zijn over het algemeen positief gewaardeerd door de deelnemers, zo blijkt uit de interviews die in het kader van de eerste en tweede ronde van de procesevaluatie, met JGZ functionarissen werden gehouden.

¹⁰ Idem als voetnoot 8.

Overige scholing en structurele inbedding

Nieuwe JGZ medewerkers krijgen veelal als onderdeel van het inwerkprogramma inhoudelijke voorlichting over meisjesbesnijdenis en uitleg over het gebruik van het gespreksprotocol, de beschikbare instrumenten (folders, brief, signaalwijzer) en de bijbehorende registratie. In Amsterdam is het onderwerp VGV opgenomen in de regionaal georganiseerde introductie cursus JGZ 0-19 jaar (bij het onderdeel kindermishandeling). In het tweede jaar organiseert Amsterdam een intern tweede jaars cursusprogramma waarbij het onderwerp opnieuw aan de orde komt. In Rotterdam is het trainingsaanbod VGV, sinds eind 2008, ingebed in het stedelijk aanbod implementatie meldcode Huiselijk Geweld (inclusief kindermishandeling en eerge relateerd geweld). Hiermee wordt niet alleen de JGZ maar een bredere doelgroep van professionals bereikt. Voor de JGZ is het trainingsaanbod uitgebreid om medewerkers beter te kunnen trainen in (interculturele) gesprekstechnieken. Bij andere doelgroepen (bijvoorbeeld maatschappelijk werk, gezinsvoogden) is sprake van maatwerk. Den Haag heeft een speciale werkgroep integrale JGZ die de nieuwsvoorziening over VGV binnen de gehele JGZ 0-19 verzorgt. Deze werkgroep is ook verantwoordelijk voor de scholing van nieuwe medewerkers.

Binnen alle pilots zijn daarnaast aandachtsfunctionarissen meisjesbesnijdenis/ kindermishandeling¹¹ aangesteld die interne consultatie bieden en interne bijeenkomsten kunnen organiseren gericht op kennisoverdracht en uitwisseling van ervaringen rondom VGV. Bijvoorbeeld in Amsterdam hebben twee aandachtsfunctionarissen kindermishandeling/ VGV alle 17 JGZ teams van GGD Amsterdam, werkzaam op hoogrisico locaties, bezocht met als doel verbeteren van de uitvoering van het gespreksprotocol en de daarbij behorende registratie. Voorafgaand aan deze bezoeken analyseerde het projectteam de registratie VGV op hoogrisico locatie- en casusniveau. Een tijdrovende maar positief gewaardeerde activiteit.

De ervaringen in de pilots laten verder zien dat het thema meisjesbesnijdenis in verschillende typen scholingsaanbod kan worden opgenomen zoals een cursus motiverende gesprekstechnieken, een training aanvullende gesprekstechnieken om moeilijke onderwerpen goed bespreekbaar te maken of een training interculturele communicatie. Ook langs deze weg kan de aandacht voor deskundigheidsbevordering VGV binnen de JGZ worden geborgd.

1.3 Toepassing gespreksprotocol: voorlichting en signalering

Het moment waarop JGZ medewerkers met het gespreksprotocol zijn gaan werken verschilt per project. De eerste pilot is hiermee begin 2006 gestart, de laatste pilot begin 2007. Binnen alle projecten is het gespreksprotocol VGV ondergebracht bij het basistakenpakket van de JGZ. De overdracht van JGZ 0-4 naar JGZ 4-19 van meisjes die risico lopen besneden te worden, dient via de zogenaamde 'warme' overdracht te verlopen. Deze warme overdracht van risicokinderen is echter nog niet overal goed geïmplementeerd. Een positieve ontwikkeling is dat

¹¹ In sommige gemeenten is VGV ondergebracht bij de aandachtsfunctionaris kindermishandeling van de JGZ.

momenteel wordt gewerkt aan de digitale afstemming van de warme overdracht JGZ 0-4 naar de JGZ 4-19.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat toepassing van het gespreksprotocol een punt van aandacht blijft. Doorvragen, risico-inschatting, sociaal wenselijke antwoorden en juiste registratie vragen blijvend aandacht. Evenals kinderen met ouders afkomstig uit wat onbekendere risicolanden. (die worden nog al eens over het hoofd gezien). Het gespreksprotocol wordt nogal eens gemist in situaties van Nederlandse moeders met Afrikaanse vaders.

De toepassing staat om verschillende redenen onder druk. Genoemd zijn:

- de werkdruk bij de JGZ en de beperkte tijd voor een consult;
- veel andere onderwerpen vragen ook aandacht van de JGZ;
- het gaat om een lastig bespreekbaar te maken onderwerp;
- de toepassing is relatief weinig aan de orde;
- het protocol (en de registratie) zijn nog onvoldoende ingebed in de vaste werkprocessen.

Een gesprek met ouders uit de risicogroepen komt relatief weinig voor (genoemd is een frequentie van 1 keer per maand per medewerker) maar als het gesprek goed gevoerd wordt neemt dat wel relatief veel tijd in beslag van het consult. Dat zet het betreffende consult sterk onder druk. Omdat er meer in het algemeen sprake is van een grote werkdruk binnen de JGZ, wordt ook niet snel gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een onderzoek op indicatie (OOI)¹² te plannen. Dit alles heeft tot gevolg dat werkervaring/ routine moeilijk wordt opgebouwd.

De benodigde voorbereiding (tijdige beschikbaarheid van specifieke achtergrondinformatie voor de JGZ medewerker over toepassing VGV in het land van herkomst en folders in de eigen taal) wordt door de beperkte frequentie van voorkomen, gemakkelijker vergeten.

In de praktijk blijkt ook dat het voor een deel van de JGZ medewerkers niet eenvoudig is om moeilijke thema's als meisjesbesnijdenis en huiselijk geweld te bespreken. Men vindt het met name moeilijk om aan een moeder te vragen of zij besneden is¹³. Daarbij is de taalbarrière een extra complicerende factor. Er zijn echter ook JGZ medewerkers die aangeven dat het helemaal niet zo moeilijk is om deze gesprekken te voeren en dat de training hen daar goed bij heeft geholpen.

Het gespreksprotocol wordt over het algemeen als bruikbaar en duidelijk ervaren. Er is echter wel behoefte aan een praktische vertaalslag en evaluatie. Dan gaat het om vragen en opmerkingen als:

- Hoe hou je het onderwerp levend tijdens de verschillende daarvoor aangewezen contactmomenten zonder dat je steeds in herhaling valt?
- Kan er niet meer gedifferentieerd worden in de voorgeschreven consultmomenten waarop meisjesbesnijdenis besproken dient te worden aangezien binnen bepaalde consultmomenten toch al veel vaste items aan de orde moeten worden gesteld?
- Hoe breng je het onderwerp opnieuw ter sprake als er een tweede kind (meisje) geboren is?
- moet je altijd opnieuw registreren bij een vervolgsconsult met dezelfde ouders en zo ja waarom?

¹² Een consult waarvoor extra tijd beschikbaar is.

¹³ Dit is een van de risicofactoren voor besnijdenis van een meisje en moet daarom standaard gevraagd worden

- Hoe en vanaf welke leeftijd bespreek je het onderwerp meisjesbesnijdenis met de meisjes zelf?
- Hoe ga je creatief om met de mogelijkheden om voldoende tijd te creëren om het onderwerp te bespreken (extra consult, bij een volgende contactmoment het onderwerp opnieuw oppakken)?
- Verbetering van de risico-inschatting: te snel wordt de conclusie 'geen risico' getrokken terwijl de exploratie niet volledig is geweest.
- De afstemming wie het gesprek over VGV voert bij meer meisjes/broertjes in één gezin, moet beter beschreven worden. Je kunt niet bij ieder voorgeschreven consult met ouders over VGV spreken als ze meer kinderen hebben.

Het gespreksprotocol dateert van 2005. Er zijn inmiddels landelijke afspraken gemaakt om het gespreksprotocol te herzien.

De trainingen voor ketenpartners (zoals Raad voor de Kinderbescherming, AMK, politie en medisch circuit) die in het kader van de pilots door Pharos/FSAN zijn georganiseerd (zie paragraaf 2.2), hadden voor de JGZ medewerkers een duidelijke meerwaarde. Op het moment dat de ketenpartners waren getraind werd het voor de JGZ medewerkers gemakkelijker om conform het gespreksprotocol te handelen en ouders waar nodig daadwerkelijk door te verwijzen. Bij de landelijke uitrol van de VGV aanpak is het daarom van belang dat deze trainingen tijdig worden gerealiseerd. De ketenaanpak kan dan concreet gestalte krijgen op lokaal/ regionaal niveau.

1.4 Bereik risicogroepen en risicotaxatie

Aantallen meisjes uit risicogroepen

De projecten hebben zich bij hun preventieve aanpak VGV niet beperkt tot de drie, landelijk gezien, grootste doelgroepen (zie tabel 1). Onderstaande tabel geeft een overzicht van de aantallen meisjes (0-19) die genoemd worden in de projectplannen van de verschillende gemeenten en de belangrijkste risicolanden die door de projectleiders zijn genoemd¹⁴.

Tabel 5: aantallen meisjes volgens projectplannen en belangrijkste risicolanden¹⁵

Pilotgemeente	Aantal meisjes uit alle risicolanden	Grootste risicolanden
Amsterdam	4050	Ghana, Egypte, Somalië, Soedan, Ethiopië, Eritrea
Rotterdam	1750	Somalië, Ethiopië/Eritrea, Ghana
Den Haag	1774	Ghana, Somalië, Egypte
Tilburg	595	Somalië
Utrecht	665	Somalië, Ethiopië/Eritrea, Egypte
Eindhoven	500	Somalië, Egypte

¹⁴ Zie: Burik, A.E. van, Persoon A.M.: Procevaluatie projecten Meisjesbesnijdenis; rapportage tweede fase (april 2007 – april 2008); Woerden, Adviesbureau Van Montfoort, augustus 2008.

¹⁵ De cijfers hebben betrekking op 2005.

Er dient een kanttekening geplaatst te worden bij deze aantallen. De projecten hebben bij het bepalen van de aantallen meisjes in hun gemeente eigen omschrijvingen gebruikt van het begrip risicoland. Dat beperkt de vergelijkbaarheid van de aantallen. Sommige gemeenten telden meisjes uit risicolanden waar meisjesbesnijdenis relatief weinig voorkomt, niet mee, anderen deden dat wel. Inmiddels zijn er op dit punt gezamenlijke afspraken gemaakt. Men hanteert nu de lijst van risicolanden die op de website van Pharos staan vermeld. Dit bevordert de eenduidigheid in het gebruik van cijfers over aantallen meisje per gemeente.

Bereik risicogroepen en risicotaxatie

Tabel 6 en 7 geven een overzicht van het aantal (unieke) ouders waarmee over VGV is gesproken en de risicotaxaties die tijdens deze contacten zijn gemaakt. De inschatting van het risico op een besnijdenis wordt gemaakt voor de duur van de periode tot het volgende consult (vaste contactmoment VGV). Dat betekent dat deze inschatting bij dit volgende consult dus weer anders kan zijn. De inschatting wordt gemaakt op basis van de criteria die zijn genoemd in het gespreksprotocol (land van herkomst, prevalentiecijfer meisjesbesnijdenis in land van herkomst, moeder wel/ niet besneden, oudere zusjes wel/niet besneden, aanwezigheid familie/ omgevingsdruk, gezin wel/niet regelmatig terug naar land van herkomst¹⁶). Het protocol schrijft vervolgens ook voor wat de JGZ medewerker moet doen in geval er *geen* risico wordt ingeschat (volgen, bemoedigen, aansporen, bespreken in eigen gemeenschap), als er sprake is van een *twijfelachtig* risico op besnijdenis (voorlichting, ondersteuning, folder, VETC/ sleutelpersoon, onderzoek op indicatie) en als er sprake is van een *reële* risico (melden bij AMK).

Er dienen wel enkele kanttekeningen geplaatst te worden bij de tabellen 6 en 7.

- De daadwerkelijke registratie van de contacten met de ouders/kinderen uit de risicogroepen verloopt nog niet overal naar behoren. Er wordt nog gewerkt met twee soorten registraties (het Electronisch Kinddossier (EKD) en een papieren registratie). Bevindingen van het gespreksprotocol worden niet altijd geregistreerd of niet op de juiste wijze geregistreerd. Er is daarom vermoedelijk sprake van een flinke onderregistratie.
- Vooral bij de JGZ 0-4 zijn er per jaar meerdere contactmomenten voor ouders. Ook is het de bedoeling dat er verschillende keren (op daarvoor binnen het gespreksprotocol vastgestelde contactmomenten) met ouders over VGV wordt gesproken. Om het aantal (unieke) ouders te tellen waarmee over VGV is gesproken moesten de gegevens die versterkt zijn ten behoeve van ons onderzoek soms handmatig ondubbeld worden.

De cijfers in tabel 6 hebben betrekking op de JGZ 0-4. De cijfers betreffen verschillende tijdsperiodes. Dit komt voort uit het feit dat de datum waarop gestart is met het (betrouwbaar) registreren van de toepassing van het gespreksprotocol per project verschilt. In de tabel ontbreekt het project in Eindhoven omdat de JGZ 0-4 in Eindhoven geen cijfers kon aanleveren.

¹⁶ Zie pagina 17 gespreksprotocol AJN.

Tabel 6: aantal ouders waarmee over VGV is gesproken en de risico inschatting VGV (JGZ 0-4)

Gemeente	Aantal Registratie- maanden	Risicotaxatie VGV naar aanleiding van toepassing gespreksprotocol						Totaal aantal ouders waarmee over VGV is gesproken
		geen risico		twijfelachtig risico		reëel risico		
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Amsterdam	21	420	84	72	15	3	1	495
Rotterdam	23	154	83	31	17	0	0	185
Den Haag	15	215	87	27	11	4	2	246
Tilburg	21	29	85	4	12	1	3	34
Utrecht	11	11	85	1	8	1	8	13
Totaal		829	85	135	14	9	1	973

De tabel laat zien dat het aantal ouders waarmee (op basis van de registratie) over VGV is gesproken, nogal uiteen loopt. Dat kan niet volledig verklaard worden door de verschillen in duur van de registratie en de verschillen in aantallen meisjes uit de risicogroepen.

In sommige gemeenten (Rotterdam, Utrecht) is het probleem van de onderregistratie waarschijnlijk groter dan in andere.

De risicosignalering (tabel 6) laat een meer consistent beeld zien. Bij circa 10 tot 20% van de meisjes wordt vastgesteld dat er sprake is van een verhoogd risico. Zij vallen in de categorie 'twijfelachtig risico'. Een reële risicosituatie wordt weinig gesignaleerd. Slechts 9 van de 972 meisjes (1%) hadden naar inschatting van de JGZ medewerker op enig moment een reëel risico op meisjesbesnijdenis.

In tabel 7 worden de cijfers weergegeven voor de JGZ 4-19.

Tabel 7: aantal ouders waarmee over VGV is gesproken en de risico inschatting VGV (JGZ 4-19)

Gemeente	Aantal Registratie- maanden	Risicotaxatie VGV naar aanleiding van toepassing gespreksprotocol						Totaal aantal ouders waarmee over VGV is gesproken
		geen risico		twijfelachtig risico		reëel risico		
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Amsterdam	21	392	89	38	9	11	2	441
Rotterdam	23	80	80	19	19	1	1	100
Den Haag	15	131	94	9	6	0	0	140
Tilburg	20	14	88	1	6	1	6	16
Utrecht	21	74	92	6	8	0	0	80
Eindhoven	20	44	81	10	19	0	0	54
Totaal		735	88	83	10	13	2	831

Tabel 7 laat ongeveer hetzelfde beeld zien als tabel 5. Het aantal (geregistreerde) ouders waarmee over VGV werd gesproken is met name in Rotterdam en Tilburg relatief laag afgezet tegen het aantal registratiemaanden.

Omdat cijfers over het feitelijk aantal ouders uit de risicolanden dat de JGZ bezocht ontbreken, is het lastig om de tabellen 6 en 7 goed te interpreteren. In het algemeen kan wel worden geconcludeerd dat de JGZ goede resultaten heeft geboekt in het bereik van de doelgroep. In totaal zijn 1800 contacten met ouders over VGV geregistreerd (door de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19). Afgaande op de aantallen meisjes in tabel 1 kan met de nodige mitsen en maren worden gesteld dat minimaal een derde van de ouders uit risicogroepen is bereikt. Afgaande op de aantallen genoemd in tabel 5 ligt dit percentage op minimaal 20%. Daarmee is het onderwerp meisjesbesnijdenis bij een grote groep ouders aan de orde gesteld waarbij het signaal is afgegeven dat VGV een gezondheidsprobleem is waar de JGZ aandacht aan besteedt.

Bij 10% van alle meisjes werd de inschatting gemaakt dat er een 'twijfelachtig' risico bestaat op meisjesbesnijdenis. Bij 2% werd een reëel risico op VGV vastgesteld.

Uit de cijfers van de tabellen 6 en 7 kan geconcludeerd worden dat het weinig voorkomt dat men inschat dat er een reëel risico bestaat op meisjesbesnijdenis. Dit kan twee dingen betekenen: óf het lukt de JGZ nog onvoldoende om zicht te krijgen op de risico's die meisjes lopen om besneden te worden, óf meisjes woonachtig in Nederland lopen relatief weinig risico om besneden te worden. Vanuit verschillende projecten wordt aangegeven dat de risico-inschatting nog niet optimaal verloopt. Dit blijkt onder andere uit de analyse van de papieren registratieformulieren en het elektronisch dossier (KIDOS) die uitgevoerd is door het VGV project in Amsterdam. Het blijkt ook uit de signalen afkomstig uit Tilburg dat men het ongepast vindt om aan de moeder te vragen of zij is besneden¹⁷. Er kan dus zeker sprake zijn van ondersignalering. De cijfers bieden dus nog te weinig houvast om tot hardere uitspraken te komen over de vraag hoeveel meisjes woonachtig in Nederland, besneden worden of dreigen te worden.

Tenslotte volgen nog enkele andere belangrijke relevante cijfermatige gegevens:

- Utrecht heeft ons gegevens verstrekt over het aantal meisjes in de leeftijdsgroep 4-19 jaar waarvan tijdens contact met de JGZ is gebleken dat zij (waarschijnlijk) besneden zijn. Van de 80 meisjes bleken er 5 (6%) besneden te zijn. Twee meisjes (2%) zijn vermoedelijk besneden. Meestal is dit vastgesteld op basis van een gesprek. De leeftijden van deze meisjes lagen tussen 10 en 15 jaar. In dergelijke situaties is het intern beleid om te achterhalen of een meisje woonachtig was in Nederland toen de besnijdenis plaats vond. Als een meisje klachten heeft wordt via de huisarts verwezen naar een gynaecoloog.
- De MOA JGZ in de regio Eindhoven heeft 5 meisjes gezien waarvan men vermoedde dat ze besneden waren. Twee van deze meisjes bleken daadwerkelijk besneden te zijn.
- Den Haag heeft ons gegevens verstrekt over het aantal moeders dat besneden is. De cijfers zijn afkomstig van de JGZ 0-4 en hebben betrekking op een periode van 8 maanden (1 april 2008 – 1 december 2008). Van de 171 ouders/moeders waarmee over VGV is gesproken hebben er 74 aangegeven zelf besneden te zijn. Dat is 43% van alle moeders.
- In de periode 1 april 2007 – 1 december 2008 werden 11 meldingen gedaan bij het AMK (hieronder vallen ook enkele consulten bij het AMK).

¹⁷ Een van de risicofactoren voor VGV.

- Vanuit de pilot in Eindhoven werd 2 keer contact gelegd met de politie naar aanleiding van een (vermoeden van) meisjesbesnijdenis.

1.5 Specifieke aandachtspunten

Naast de verbetering van de risicosignalering zijn er specifieke aandachtspunten voor de JGZ op het gebied van de ketensamenwerking.

In de meeste projecten zijn activiteiten ontplooid om de overdracht van verloskundigen en gynaecologen naar de consultatiebureaus te verbeteren. Het streven was dat er standaard in de schriftelijke of digitale overdracht richting consultatiebureau, melding wordt gemaakt van een eventuele besnijdenis van de moeder. De projecten hebben op dit punt een centrale sturende rol van het ministerie van VWS gemist. Toch zijn op lokaal niveau wel resultaten geboekt. Binnen de meeste projecten zijn structurele afspraken gemaakt met de gynaecologen en/of verloskundigen in ziekenhuizen¹⁸. Daarnaast is in Amsterdam in samenwerking tussen het VGV project en de 1^{ste} Lijn Amsterdam, een digitale overdracht van verloskundigen naar de JGZ gerealiseerd. Hier is ook een grote groep verloskundigen getraind. De toepassing van de afspraken door gynaecologen en verloskundigen gebeurt echter in de praktijk nog te weinig.

- De overdracht van de JGZ 0-4 naar de JGZ 4-19 brengt risico's met zich als de overdracht plaatsvindt op basis van onvolledige informatie, dus als de registratie niet of niet volledig is ingevuld. Een warme overdracht kan dan ten onrechte achterwege blijven en er kan een onderbreking ontstaan in de uitvoering van het protocol en daarmee in het volgen van het gezin.
- Het gespreksprotocol voorziet niet in stappen bij een reeds uitgevoerde VGV terwijl het wel de bedoeling is dat de JGZ een uitgevoerde VGV neerlegt bij het AMK.
- Het handelingsprotocol (over hoe te handelen bij een (vermoeden van) VGV of een verhoogd risico op besnijdenis) heeft nog geen definitief karakter. Ook is nog niet voldoende duidelijk wanneer het AMK ingeschakeld dient te worden: wanneer is sprake van een consult en wanneer is sprake van een melding bij het AMK? Verder dient het draagvlak voor de strafrechtelijke afhandeling van VGV te worden vergroot. Hiervoor is voorlichting en scholing nodig. Een melding bij de politie blijkt onrust teweeg te brengen in het preventieve veld.

¹⁸ Verloskundigen gebruiken daarbij het gewijzigd standpunt van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen over Vrouwelijke Genitale Verminking. Sinds 2007 is dit hun leidraad voor gespreksvoering en handelen.

2 Verbeteren ketensamenwerking

2.1 Inleiding

Verbetering van signalering, melding en afhandeling van meisjesbesnijdenis binnen de keten van kindermishandeling en huiselijk geweld, vormt het tweede speerpunt van de zes pilots. In het kader van dit speerpunt zijn contacten gelegd, aandachtsfunctionarissen aangesteld, is voorlichting gegeven, training en scholing georganiseerd en zijn (structurele) afspraken gemaakt met organisaties op verschillende werkvelden.

Meisjesbesnijdenis kent specifieke risicofactoren en heeft ook een andere achterliggende oorzaak dan andere vormen van kindermishandeling. VGV komt niet voor uit onmacht van ouders maar uit een culturele traditie en overtuiging van de ouders en hun sociale omgeving. De projecten hebben zich bij de uitvoering van dit tweede speerpunt dan ook niet beperkt tot de bestaande structuren gericht op de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld. Zij hebben ook gebruik gemaakt van andere ingangen en structuren bijvoorbeeld de bestaande projecten en samenwerkingsverbanden binnen de GGD gericht op seksuele voorlichting. Daarnaast hebben ze ook eigen ingangen gezocht bij bijvoorbeeld de verloskundigen, de huisartsen en de justitiële partners.

Voor de pilots in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Eindhoven hebben een groot bereik gehad met hun activiteiten. Amsterdam heeft zich met name gericht op de organisatie van zogenaamde ketenbijeenkomsten en langs deze weg de verschillende werkvelden bereikt. De samenwerking is vorm gegeven door de uitgave van de sociale kaart preventie VGV Amsterdam. Rotterdam, Den Haag en Eindhoven hebben een groot bereik gerealiseerd binnen de afzonderlijke werkvelden (met name onderwijs, medische sector en welzijnswerk). Onderstaand volgt een beschrijvend overzicht.

2.2 Overzicht activiteiten en bereik

Startbijeenkomsten en ketenbijeenkomsten

In alle pilotprojecten is een startbijeenkomst georganiseerd om de pilot in het werkveld te introduceren, voorlichting te geven over VGV, de onderlinge bekendheid te vergroten en verwachtingen ten aanzien van taken en verantwoordelijkheden rondom vroegsignalering en melding van VGV uit te wisselen. Veelal werd op deze bijeenkomst ook de officiële aftrap gegeven van het project. De bijeenkomsten zijn bezocht door vertegenwoordigers van een groot aantal organisaties. Ter illustratie: in Eindhoven hebben 71 genodigden de startconferentie bezocht. Zij waren afkomstig uit: het onderwijs, de kinderopvang, de gezondheidszorg, de hulpverlening, het vluchtelingenwerk en de zelforganisaties van de betrokken etnische groepen. Sommige projecten hebben deze breed georganiseerde ketenbijeenkomsten in de loop van het project herhaald. Amsterdam organiseerde in totaal vier grootschalige ketenbijeenkomsten waarin actuele informatie werd gegeven over VGV, ervaringen werden uitgewisseld en samenwerkingsafspraken werden gemaakt.

Ter illustratie: tijdens de tweede ketenbijeenkomst in Amsterdam waren de volgende partijen aanwezig:

1. *De zelforganisaties* (afkomstig uit Eritrea, Ethiopie, Somalië en Soedan).
2. De JGZ (GGD Amsterdam en AT) en het OKC (Ouder Kind Centrum).
3. *De keten vroegsignalering, melding en afhandeling*: AMK, Raad voor de Kinderbescherming; Vrouwenopvang Amsterdam; Zedenpolitie; AMC (team kindermishandeling afdeling kindergeneeskunde).
4. *De medische keten*: AMC (team kindermishandeling afdeling kindergeneeskunde); BovenIJ ziekenhuis (afdeling gynaecologie); OLVG, Slotervaart Ziekenhuis en VUmc (afdelingen kindergeneeskunde); 1^e Lijn Amsterdam (regionale ondersteuningsstructuur voor eerstelijnsgezondheidszorg); Verloskundige Kring Amsterdam.
5. *GGD Amsterdam*: cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (EDG): coördinator Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC); cluster Directie: beleidsmedewerker.
6. *De gemeente Amsterdam*: Dienst Zorg en Samenleven van de gemeente Amsterdam.
7. *Externe partijen*: Pharos en FSAN, Preventieproject VGV Eindhoven, Zedenpolitie Eindhoven.

Publiciteit

Een aantal projecten heeft de publiciteit gezocht door het schrijven van artikelen, het geven van interviews voor de lokale of landelijke pers en de lokale omroep. De projecten hebben bij het 'op de agenda houden' van VGV bij relevante ketenpartners ook gebruik gemaakt van de Nieuwsbrief Focal Point die door Pharos wordt uitgegeven.

Onderbrenging VGV binnen bestaande protocollen

Alle projecten hebben ingezet op het onderbrengen van VGV binnen bestaande stedelijke of instellingsprotocollen waarin de signalering, melding en afhandeling van kindermishandeling en/of huiselijk geweld is vastgelegd. Dit betekent veelal dat VGV is of wordt opgenomen in een stedelijk protocol, op het moment dat dit protocol wordt herschreven of aangepast. Enkele voorbeelden: In Amsterdam is VGV ondergebracht in het Amsterdams Protocol Kindermishandeling. In Utrecht is VGV opgenomen in het digitale protocol kindermishandeling van de JGZ. In Rotterdam wordt VGV opgenomen in de Stedelijke Meldcode Huiselijk Geweld. In Den Haag wordt het protocol kindermishandeling in het kader van de RAAK-aanpak herschreven. VGV wordt hierin dan opgenomen. Vanuit het project in Eindhoven is onder andere bewerkstelligd dat VGV is opgenomen in het protocol kindermishandeling van de MOA Brabant/Zeeland.

Aanstelling aandachtsfunctionarissen VGV en instelling klankbordgroep

Binnen de meeste pilots zijn niet alleen aandachtsfunctionarissen VGV aangesteld bij de JGZ maar ook bij andere instellingen. Enkele voorbeelden: In Amsterdam werden aandachtsfunctionarissen VGV ingesteld bij de JGZ, de Regiopolitie (Team Seksuele Kindermishandeling), Bureau jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming en het AMK. In Eindhoven werden aandachtsfunctionarissen aangesteld bij de JGZ en vaste contactpersonen VGV aangesteld bij de politie, de gynaecologen, het AMK, de Stedelijke werkgroep Huiselijk Geweld en de pool voorlichters kindermishandeling.

In Den Haag is de uitvoering van de pilot succesvol ondersteund door een klankbordgroep. Hierin zijn JGZ 0-4, JGZ 4-19, AMK, politie, gynaecologen, verloskundigen en (in een latere fase) de Raad voor de Kinderbescherming vertegenwoordigd. De leden van de klankbordgroep fungeerden tevens als aandachtsfunctionaris voor hun instelling/ beroepsgroep.

Trainingen ketenpartners

Pharos heeft in samenwerking met FSAN een training voor de justitiële en jeugdzorg ketenpartners en een training voor de medische ketenpartners ontwikkeld.

De training 'signaleren en investeren' voor de justitiële en jeugdzorgpartners bestaat uit een basistraining (2 dagdelen) en een verdiepingstraining (1 dagdeel). De vaste ketenpartners waarvoor deze training werd georganiseerd waren: het AMK, bureau jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming en de politie. Deze training is uitgevoerd voor de pilots in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Tilburg en Eindhoven. Ketenpartners van de pilot in Utrecht volgen deze training in 2009. Tabel 7 geeft een overzicht¹⁹.

Tabel 7: deelname training justitiële en jeugdzorg-ketenpartners

Gemeente	Aantal deelnemers		Deelnemende instellingen
	basistraining	verdiepingstraining	
Amsterdam	7	7	AMK/BJZ, RvdK en politie
Rotterdam	9	6	AMK, RvdK, Politie, JGZ 0-4, GGD
Den Haag	5	5	JGZ, GGD, AMK/BJZ, RvdK en Politie
Tilburg	9	6	AMK/BJZ, RvdK, politie, gemeente, Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld, Maatschappelijk Werk
Eindhoven	15	8	AMK, BJZ, CJG, GGD en Palet, Politie, gemeente en Veiligheidshuis

Het AMK en de politie hebben vanuit alle pilotgemeenten deelgenomen. Ook qua aantal deelnemers was hun deelname het grootst. De Raad voor de Kinderbescherming en Bureau Jeugdzorg waren vanuit 4 van de 5 pilots vertegenwoordigd.

De ervaring leert dat het over het algemeen lastig is om de medische beroepsgroepen te bereiken met onderwerpen als kindermishandeling en meisjesbesnijdenis. Toch is het gelukt om de training 'signaleren en communiceren' voor de medische ketenpartners in 4 van de 6 pilots uit te voeren. De training (van een dagdeel), werd gevolgd door deelnemers uit Amsterdam, Den Haag, Tilburg en Eindhoven. Tabel 8 geeft een overzicht²⁰. Vooral vanuit Amsterdam hebben veel artsen deelgenomen. Er werden in totaal 3 trainingen georganiseerd voor de deelnemers uit Amsterdam.

¹⁹ De cijfers zijn afkomstig van Pharos.

²⁰ De cijfers zijn afkomstig van Pharos.

Tabel 8: deelname training medische ketenpartners

Gemeente	Aantal deelnemers	Achtergrond deelnemers
Amsterdam	57	Huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en medisch maatschappelijk werker
Den Haag	24	Verloskundigen, gynaecologen, huisartsen, vertrouwensarts, JGZ-arts
Tilburg	14	Verloskundigen, gynaecologen, huisarts en vertrouwensarts
Eindhoven	12	Huisartsen, verloskundigen, en medisch specialisten
Totaal	107	

In totaal hebben 107 deelnemers uit 4 gemeenten de training voor de medische ketenpartners gevolgd: 46 huisartsen, 36 verloskundigen, 4 gynaecologen, 2 kinderartsen en een resterende groep van 19 deelnemers (zoals vertrouwensarts, medisch maatschappelijk werker, verloskundigen in opleiding).

Voorlichting onderwijsveld, peuterspeelzalen en kinderdagverblijven

De meeste pilots hebben uitgebreid aandacht besteed aan voorlichting binnen het onderwijsveld, de peuterspeelzalen en de kinderdagverblijven. We geven enkele voorbeelden:

- De gemeente Rotterdam heeft een extra subsidie van € 25.000,- verstrekt voor een Scholenproject. Het VGV projectteam heeft daarvoor een bijzondere benadering gekozen. Het projectteam en de sleutelpersonen hebben via hun eigen netwerken (onder andere de school van hun eigen kinderen) de scholen informeel benaderd voor het maken van afspraken om voorlichting te geven. Dit heeft vervolgens weer tot andere contacten en afspraken geleid. In de periode april 2007 – april 2008 zijn met deze voorlichtingsbijeenkomsten circa 60 sleutelpersonen bereikt (leerkrachten ROC, leidsters kinderopvang, schoolmaatschappelijk werk en ouderconsulenten).
- In het kader van de preventielessen seksuele vorming die de GGD op scholen geeft, verzorgde het projectteam Den Haag voorlichting over meisjesbesnijdenis. Hiermee waren in het voorjaar 2008 in totaal 135 jongeren van de Internationale Schakelklassen bereikt.
- In Eindhoven is met een pool van voorlichters kindermishandeling afgesproken dat VGV onderdeel wordt van de basisvoorlichting kindermishandeling die zij verzorgen. In 2007 en de eerste helft 2008 zijn ruim 500 leerkrachten van basisscholen en medewerkers van peuterspeelzalen en kinderdagverblijven bereikt door de groep voorlichters.

Voorlichting en training medisch circuit

De projectteams hebben niet alleen de werving voor de training voor de medische ketenpartners verzorgd maar ook zelf voorlichting verzorgd voor de medische beroepsgroepen. Het welslagen van dergelijke activiteiten berustte veelal op twee peilers: gebruik maken van het eigen reeds bestaande netwerk en een grote inzet en vasthoudendheid.

Tabel 9 geeft een overzicht van bereikte aantallen (voorzover beschikbaar).

Tabel 9: overzicht bereik medische beroepsgroepen (voorzover beschikbaar)

Pilot	Activiteiten en doelgroep	Aantal deelnemers
Den Haag	Voorlichting aan studenten geneeskunde van de Erasmus Universiteit over de medische gevolgen van VGV en de rol van artsen bij vroegsignalering, preventie en melding hiervan.	60
Den Haag	Voorlichting Landelijke Kinderartsen Vereniging	12
Den Haag	Voorlichting huisartsen gezondheidscentrum	6
Eindhoven	Voorlichting verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen Catharinaziekenhuis	35
	Voorlichting co-assistenten over VGV, toepassing gespreksprotocol en hun rol als artsen bij vroegsignalering, preventie en melding hiervan (in kader stage Programma AGZ/JGZ)	14
	Voorlichting Kraamzorg ZuidZorg	38

Voorlichting overige werkvelden

Verschillende projecten hebben naast de training voor de justitiële en jeugdzorg ketenpartners ook eigen voorlichting verzorgd binnen deze sectoren. We geven enkele voorbeelden.

In Den Haag werd voorlichting gegeven aan 45 gedragsdeskundigen en onderzoekers van de Raad voor de Kinderbescherming. In Tilburg werd een presentatie verzorgd voor het Veiligheidshuis.

Een aantal projecten heeft samenwerking gezocht met vrouwengroepen en Welzijnsorganisaties. Vooral Rotterdam is binnen dit werkveld actief geweest. Zo zijn met Stichting de Meeuw, een ondersteuningsorganisatie voor professionals die met kinderen werken, afspraken gemaakt over structurele verankering van VGV binnen de voorlichting over complexe opvoedingsthema's die door een pool van voorlichters wordt gegeven. Sleutelpersonen die eerder vanuit de lokale VGV-voorlichterspool actief waren, zijn hierin opgenomen.

De meeste projecten hebben vaak in de eindfase van het VGV project contacten gelegd met Vluchtelingenwerk. De opzet is om langs deze weg voorlichting te verzorgen voor nieuwkomers. In Eindhoven wordt deze activiteit door de gemeente gefinancierd. In Amsterdam bijvoorbeeld is Vluchtelingenwerk Amsterdam een van de ketenpartners die is opgenomen op de sociale kaart preventie VGV Amsterdam.

In Eindhoven werd voorlichting gegeven aan een groep van 20 vrijwilligers werkzaam bij Home-Start. Deze vrijwilligers komen ook bij gezinnen met jonge kinderen afkomstig uit risicolanden. De meeste projecten hebben ook verbindingen gelegd met steunpunten/werkgroepen die zich bezig houden met seksueel geweld, huiselijk geweld of relationeel geweld.

Nazorg slachtoffers VGV

De nazorg aan slachtoffers was aanvankelijk geen specifiek aandachtsgebied van de VGV projecten. Gaandeweg is dit onderwerp steeds meer in beeld gekomen en belangrijk geworden. Verschillende projecten hebben de organisatie van de nazorg aan slachtoffers van VGV opgenomen binnen hun project.

- In Rotterdam zijn in samenwerking met Dona Daria het multicultureel emancipatiecentrum voor Rotterdam twee expertmeetings openingsoperaties georganiseerd waarbij ook artsen aanwezig waren.

- In Eindhoven zijn onder andere met het Catharine Ziekenhuis (seksuologe/ psychologe) afspraken gemaakt over nazorg. Vrouwen die besneden zijn kunnen onder begeleiding van een sleutelpersoon uit een van de risicodoelgroepen naar het ziekenhuis (voor medische of psychische nazorg). In de praktijk wordt er weinig gebruik van gemaakt terwijl er geregeld geluiden komen vanuit de etnische groepen dat iemand van plan is om naar de polikliniek te gaan. Blijkbaar is de stap om gebruik te maken van deze vorm van nazorg, toch moeilijk te zetten. Wat wel goed loopt in Eindhoven, is een zelfhulpgroep voor vrouwen met oorlogstrauma en VGV. Deze groep bestaat uit 20 vrouwen.
- In Tilburg zijn gesprekken gaande met een gynaecoloog van het Elisabeth ziekenhuis over het opzetten van een expert poli.
- In een aantal gemeenten zijn seksuologen opgenomen in de sociale kaart aanpak VGV.

2.3 Bevorderende en belemmerende factoren

De praktische ervaringen van de pilots hebben kennis opgeleverd over bevorderende en belemmerende factoren bij het realiseren van speerpunt 2: versterken van de keten. We noemen de belangrijkste leerpunten.

- Kennis van het preventieve veld en de jeugdzorg is een bevorderende factor. Deze kennis is nodig om snel zicht te krijgen op de bestaande keten van aanpak en preventie van kindermishandeling en huiselijk geweld. Deze kennis is bij de JGZ voorhanden.
- Het benutten van het eigen netwerk en deskundigheid binnen de GGD is een bevorderende factor. De verschillende afdelingen en taken van de GGD bieden goede aanknopingspunten om het onderwerp VGV bij aan te haken en te verankeren. We noemen: de preventie seksuele voorlichting op scholen; de gespecialiseerde thuiszorg, het reizigersspreekuur, de SOA – HIV preventie, de Sense-sprekuren van de GGD en de Preventieve Gezondheidszorg Asielzoekers. In het kader van de PGA wordt vanuit Tilburg voorlichting gegeven aan asielzoekers binnen AZC Gilze Rijen.
- Het enthousiasme van de lokale overheid is een bevorderende factor.
- De aanwezigheid van een groep van bevlogen personen uit belangrijke sectoren (zoals de medische beroepsgroepen) is een bevorderende factor. De klankbordgroep in Den Haag is in dit verband een goed voorbeeld.
- VGV is een thema dat zeer tot de verbeelding spreekt. Mensen zijn onder deze noemer te mobiliseren. Dat biedt mogelijkheden om ingangen te vinden bij instellingen/ ketenpartners. VGV op de agenda houden bij ketenpartners vraagt echter vaak de nodige vasthoudendheid. Belemmerende factoren zijn: interne reorganisaties, verloop leidinggevenden en grote werkdruk.
- Het is een gemis geweest dat verloskundigen niet vanaf de start betrokken zijn bij de VGV projecten. Verloskundigen kunnen harde gegevens leveren (zien daadwerkelijk of vrouwen al dan niet besneden zijn). De JGZ kan slechts spreken van vermoedens, al dan niet bevestigd door de vrouwen zelf. Verloskundigen kunnen het onderwerp ook gemakkelijkere ter sprake brengen gezien de aard van hun werkzaamheden. Preventie VGV en overdracht van verloskundigen naar de JGZ is ook onderdeel van de taken van verloskundigen (Standpunt KNOV). De inzet van verloskundigen en gynaecologen dient ook op centraal niveau gestimuleerd te worden.

- De beschikbaarheid van eigen interne inhoudelijke kennis over VGV binnen het projectteam of binnen de organisatie waar het projectteam is ondergebracht is een bevorderende factor. Deze kennis kan snel en flexibel worden ingezet. Hiermee kan maatwerk worden geboden aan instellingen die met een vraag naar voorlichting VGV komen.
- De overzichtelijkheid van een kleinere gemeente is een bevorderende factor. Men weet elkaar gemakkelijker te vinden.
- De moeilijke bereikbaarheid van ketenpartners als huisartsen en ziekenhuizen is een belemmerende factor. Dit vraagt veel tijd en energie van een preventieproject VGV en is op lokaal niveau maar in beperkte mate te regelen. Mogelijke ingangen zijn de aanwezigheid van een eigen netwerk van artsen en specialisten en mogelijke specifieke interesse van individuele (para)medici voor het onderwerp.

3 Voorlichting voor en door etnische groepen

3.1 Inleiding

Het derde (maar zeker niet het minst belangrijke) onderdeel van de programmatische aanpak van de VGV projecten betreft de organisatie van voorlichting opgezet met en uitgevoerd door vertegenwoordigers uit de betrokken etnische groepen. Deze taakstelling is concreet vertaald naar de inzet van sleutelpersonen, afkomstig uit de risicogroepen die enerzijds huisbezoeken afleggen en anderzijds voorlichtingsbijeenkomsten organiseren. Beide activiteiten hebben een tweeledige doelstelling: (1) verstrekken van informatie over VGV en (2) bewustwording op gang brengen gericht op gedragsverandering (op termijn).

De projectleiders van de GGD-en dienden voor de uitvoering van dit derde onderdeel van de programmatische aanpak preventie VGV, contacten te leggen met (de zelforganisaties van) de etnische groepen in hun gemeente. Zij konden daarbij gebruik maken van de ondersteuning die met name FSAN kon bieden.

Het bleek geen gemakkelijke opgave om tot samenwerkingsafspraken te komen. In de startperiode moest een aantal knelpunten worden overwonnen. Dat heeft wel tot positieve resultaten geleid.

De activiteiten die in het kader van dit derde onderdeel van de programmatische aanpak zijn georganiseerd, zijn gebaseerd op een aantal pijlers. In het eerste jaar lag de nadruk op het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met de zelforganisaties van de etnische groepen en de werving en training van sleutelpersonen die huisbezoeken dienden af te leggen en voorlichtingsbijeenkomsten moesten organiseren. In tweede instantie kwam er meer aandacht voor de inzet van religieuze leiders uit de etnische gemeenschappen. Ook werd het onderwerp VGV vaker op de agenda geplaatst van bredere bijeenkomsten georganiseerd door en voor de etnische groepen en werd meer aandacht besteed aan specifieke activiteiten zoals empowerment en nazorg.

3.2 Contactlegging, samenwerking en bereik etnische groepen

Bij de start van de projecten had men veelal geen volledig en helder overzicht van de zelforganisaties. Het heeft dan ook de nodige tijd gekost om de juiste ingangen te vinden om contacten te leggen. Sommige projecten konden daarbij voortbouwen op reeds bestaande contacten, bijvoorbeeld in Rotterdam waar de uitvoering van dit derde onderdeel van het VGV project was ondergebracht bij een apart bureau gespecialiseerd op het gebied van empowerment en diversiteit.

De VGV projecten hebben contacten gelegd met doelgroepen afkomstig uit een groot aantal risicolanden, te weten: Somalië, Ethiopie, Eritrea, Soedan, Sierra Leone, Nigeria, Ghana, Egypte en Rwanda. In sommige gemeenten (zoals Amsterdam) zijn ook zelforganisaties actief betrokken die zich niet specifiek richten op een land maar op bijvoorbeeld de sub - Sahara Afrika of West Afrika.

In de praktijk bleek het lastig om contacten te leggen met etnische groepen die niet georganiseerd zijn via zelforganisaties. Dat geldt met name voor de Egyptenaren, een van de grootste bevolkingsgroepen in Amsterdam, Den Haag en Eindhoven. Dat geldt in sommige gemeenten ook voor de Ghanezen en de Nigerianen. Mede omdat Eindhoven een relatief kleine overzichtelijke gemeente is, is het hier wel gelukt om via andere wegen vrij snel contacten te leggen met de Egyptische bevolkingsgroep. In andere gemeenten is dat niet of pas in een later stadium in beperkte gelukt via religieuze vertegenwoordigers van de Egyptische gemeenschap. De grootste risicogroepen in een gemeente (zie tabel 1) zijn dus niet allemaal in gelijke mate bereikt. Daar staat tegenover dat de met name de projecten in de grote steden zich niet beperkt hebben tot de grootste risicogroepen maar ook samenwerking hebben opgebouwd met risicogroepen die qua omvang minder groot zijn (zoals de risicogroepen uit Soedan, Sierra Leone en Nigeria).

In de meeste gemeenten heeft de contactlegging met zelforganisaties geresulteerd in het afsluiten van een contract tussen de GGD (als projectleider VGV) en een zelforganisatie. Op deze manier zijn de wederzijdse verwachtingen duidelijk, hebben de zelforganisaties binnen één doelgroep zich verplicht om met elkaar samen te werken en is de inzet van de sleutelpersonen formeel vastgelegd.

Er bleken grote verschillen te bestaan tussen de doelgroepen in de kennis over en de prevalentie en de bespreekbaarheid van meisjesbesnijdenis. Ook het aantal zelforganisaties waarmee werd samengewerkt varieert. In Amsterdam bijvoorbeeld werd samengewerkt met acht zelforganisaties (die vier etnische groepen vertegenwoordigden). In de eindfase is dit aantal uitgebreid tot 31 zelforganisaties en daarmee worden ook de risicogroepen bereikt die in kleinere aantallen in Amsterdam woonachtig zijn en/of waarvan de prevalentie VGV in land van herkomst relatief laag ligt. In Den Haag werd samengewerkt met zeven zelforganisaties (afkomstig uit zes verschillende landen). In Utrecht is contact met zes zelforganisaties uit vijf verschillende landen. Er zijn plannen om dit aantal uit te breiden naar negen of tien zelforganisaties. In Rotterdam heeft men contacten gelegd met een groot aantal zelforganisaties. In de eerste 15 maanden van het project waren er contacten met 20 zelforganisaties en plannen om nog eens 20 zelforganisaties te bereiken. De inzet van sleutelpersonen is in Rotterdam niet vastgelegd via een contract met een zelforganisatie maar via een freelance contract met de sleutelpersonen zelf (zie ook de eerste voortgangsrapportage). In Eindhoven zijn ook geen contracten afgesloten met de zelforganisaties. Hier hebben de sleutelpersonen vaste vergoedingen gekregen van de GGD voor huisbezoeken en voorlichtingsactiviteiten. Men heeft hier bij de uitvoering van het project ook weinig te maken gehad met de zelforganisaties.

Het proces om tot samenwerking met de zelforganisaties/sleutelpersonen te komen is moeizaam verlopen. De problemen spitsten zich toe op de rol van de GGD als projectleider en op de hoogte van de financiële vergoedingen. Nagenoeg alle projecten hebben hiermee te maken gekregen. De keuze van het ministerie van VWS om het projectleiderschap bij de GGD te leggen, is destijds ingegeven door de argumentatie dat de GGD een professionele organisatie is met ervaring in het opzetten en uitvoeren van omvangrijke projecten. Ook is de GGD een centrale partij bij de preventie van meisjesbesnijdenis. De zelforganisaties zijn geen professionele organisaties, hebben weinig tot geen ervaring met dergelijke projecten en werken vooral met vrijwilligers. De zelforganisaties erkenden dit maar gaven tegelijkertijd aan, graag te willen professionaliseren.

Bovendien was een aantal zelforganisaties al langer actief om het onderwerp meisjesbesnijdenis op de kaart te zetten. Zij hadden dus de nodige kennis in huis en de ervaring dat meisjesbesnijdenis een moeilijk bespreekbaar onderwerp is dat binnen de eigen gemeenschap vaak niet open wordt besproken. In het algemeen rust er een taboe op zeker bij oudere mensen. Deze zelforganisaties betwijfelden of een organisatie van buiten zoals de GGD, die bovendien de inhoudelijke kennis over VGV nog moest opbouwen, dit onderwerp wel bespreekbaar kon maken. Dit visieverschil over de positie van de zelforganisaties heeft in alle projecten gespeeld. Een ander terugkerend knelpunt was de hoogte van de vergoedingen voor de sleutelpersonen voor activiteiten zoals het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten. Pharos en VWS hadden hiervoor wel richtlijnen opgesteld maar deze waren niet bindend. Dit leidde in een aantal projecten tot impasses omdat de GGD en met name de Somalische zelforganisaties het op dit punt niet met elkaar eens konden worden. Als er van het begin af aan landelijk afgesproken eenduidig beleid op dit punt was geweest dan hadden deze problemen wellicht (gedeeltelijk) voorkomen kunnen worden.

In de meeste gevallen is het gelukt om de verschillen in het eerste projectjaar te overbruggen. In enkele gevallen is het niet gelukt om tot samenwerking te komen en zijn zelforganisaties uit het VGV project gestapt. Uiteindelijk zijn gezamenlijke uniforme afspraken over de financiering van activiteiten en de bemiddeling door derden (zoals FSAN en/of een lokale gemeenteambtenaar) werkzame factoren gebleken om nader tot elkaar te komen.

Tenslotte speelden ook meer algemene knelpunten voortkomend uit cultuurverschillen tussen enerzijds de witte, hiërarchisch en professioneel georganiseerde GGD-en en anderzijds de etnische zelforganisaties die voor een belangrijk deel draaien op vrijwilligers. Deze knelpunten kwamen tot uiting in relatief kleine zaken zoals misverstanden in omgang en gebruiken die met openheid en enthousiasme zijn te overkomen, maar speelden ook op meer inhoudelijk vlak bijvoorbeeld bij het afleggen van verantwoording over de uitvoering van activiteiten. Voor dit laatste heeft men veelal een modus gevonden door te werken met een format voor een voortgangsrapportage en vastgelegde procedures voor vergoeding van uitgevoerde werkzaamheden.

3.3 De sleutelpersonen, trainingen van Pharos/FSAN en de huisbezoeken

De sleutelpersonen

De werving van sleutelpersonen vond meestal plaats via de contactpersonen (bestuur) van de zelforganisaties. Er zijn echter ook sleutelpersonen geworven via informele kanalen. Het aantal sleutelpersonen per pilot is in tabel 10 weergegeven (peildatum november 2008). Meestal is het gelukt om zowel vrouwelijke als mannelijke volwassen sleutelpersonen te vinden en daarnaast ook jongeren (vaak meisjes).

Tabel 10: aantal en kenmerken sleutelpersonen

Gemeente	Aantal	Afkomst sleutelpersonen	Bijzonderheden
Amsterdam	26	Somalië, Eritrea, Ethiopië, Soedan,	
Rotterdam	12	Somalië, Eritrea, Soedan, Ghana, Libanon	Waaronder 6 religieuze sleutelpersonen
Den Haag	13	Somalië, Ethiopië, Soedan, Nigeria, Sierra Leone en Ghana	
Tilburg	11	Somalië	
Utrecht	11	Somalië en Eritrea	
Eindhoven	8	Somalië, Egypte, Irak (Koerdisch) en Suriname	De 2 Egyptische sleutelpersonen zijn: de vrouw van de pastoor van de Koptische kerk en een meisje. De Surinaamse sleutelpersoon is niet afkomstig uit een risicoland. Zij heeft veel aanzien, is voorzitter van de ouderraad van de Islamitische school en heeft goede contacten met de Imam.

Pharos heeft in de startfase een profielschets voor de te werven sleutelpersonen gemaakt. De meeste projecten zijn echter toch zoekende geweest naar de voorwaarden die zij moesten stellen aan de selectie van sleutelpersonen. Sommige projecten hebben geen, andere wel specifieke selectiecriteria gehanteerd zoals een sleutelpersoon moet: (1) de Nederlandse taal spreken, (2) een achterban hebben binnen de eigen gemeenschap, (3) in de gemeente of omgeving wonen en (4) zelf tegen meisjesbesnijdenis zijn.

Gaandeweg de uitvoering van de projecten werd steeds duidelijker dat de inzet van religieuze leiders cruciaal is om meisjesbesnijdenis tegen te gaan. Zij hebben niet alleen veel invloed maar ook een groot bereik binnen bepaalde etnische groepen. Bovendien zijn zij bij uitstek in de positie om de vermeende religieuze overwegingen om meisjesbesnijdenis in stand te houden aan de kaak te stellen.

De projecten hebben daarom nadrukkelijker contact gezocht met vertegenwoordigers van de religieuze gemeenschappen (imams, pastors en gezaghebbende ouderen) en er werden bijeenkomsten georganiseerd specifiek voor religieuze leiders. Dat laatste gebeurde onder andere in Tilburg waar twee bijeenkomsten voor in totaal 13 religieuze leiders zijn georganiseerd. De religieuze leiders – onder andere afkomstig uit de Eritrees- Orthodoxe kerk, de Somalische moskeeën en de Ghanese gemeenschap – dragen de boodschap uit in eigen kring. Zij hebben voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd via hun kerk, moskeeën en verenigingen. Zij hebben ook op zondagen tijdens het Koranonderwijs voorlichting gegeven over meisjesbesnijdenis aan ouders en kinderen.

De trainingen van Pharos en FSAN

Pharos heeft in samenwerking met FSAN een basistraining (weekend) en een vervolgtraining (weekend) voor sleutelpersonen georganiseerd. Deze trainingen zijn positief gewaardeerd door de deelnemers. Volgens opgave verstrekt door Pharos hebben in (de periode september 2006 – november 2008) in totaal 55 sleutelpersonen deelgenomen aan de basistraining. In totaal 32 sleutelpersonen volgden de vervolgtraining. Pharos heeft in samenwerking met FSAN ook twee bijeenkomsten georganiseerd voor religieuze leiders.

Volgens tabel 10 hebben de pilotgemeenten in totaal 81 sleutelpersonen aangesteld. Hiervan volgden er 55 (68%) de basistraining van Pharos/ FSAN; 32 van de 81 sleutelpersonen (40%) volgden de vervolgtraining van Pharos/ FSAN. De overige sleutelpersonen volgden wellicht een eigen interne training georganiseerd door de projecten zelf of de bijeenkomst voor de religieuze leiders.

Pharos en FSAN hebben naast de trainingen voor de sleutelpersonen ook een bijeenkomst georganiseerd voor bestuursleden van zelforganisaties. Vanuit de verschillende projecten hebben in totaal 17 bestuursleden deelgenomen aan deze bijeenkomst. Deze dag was met name gericht op het verstrekken van informatie over het onderwerp meisjesbesnijdenis. Om hen ook voor te bereiden op vragen die van buitenaf (bijvoorbeeld vanuit de media) kunnen komen over meisjesbesnijdenis is er op deze dag tevens aandacht besteed aan het omgaan met de media.

De huisbezoeken

In tabel 12 is het aantal huisbezoeken afgezet tegen het aantal sleutelpersonen. De cijfers hebben betrekking op bijna de gehele projectduur (1 januari 2006 – 1 december 2008²¹). Utrecht is niet opgenomen in de tabel omdat de het VGV project in Utrecht het afleggen van huisbezoeken niet heeft opgenomen in haar project.

Tabel 12: aantal sleutelpersonen en aantal huisbezoeken per pilotgemeente

Gemeente	Aantal sleutelpersonen	Aantal afgelegde huisbezoeken	Gemiddeld aantal huisbezoeken per sleutelpersoon
Amsterdam	26	306	12
Rotterdam	12*	287	24
Den Haag	13	108	8
Tilburg	11	73	7 ²²
Eindhoven	8	290	36

* Inclusief 6 religieuze sleutelpersonen die ook huisbezoeken aflegden

Het gemiddeld aantal huisbezoeken per sleutelpersoon loopt uiteen. De sleutelpersonen in Rotterdam en Eindhoven²³ hebben gemiddeld genomen meer huisbezoeken afgelegd dan de sleutelpersonen uit de andere gemeenten. Uitgaande van een effectieve projectduur van 25 maanden (oktober 2006²⁴ tot en met november 2008) hebben de sleutelpersonen gemiddeld genomen maximaal 2 huisbezoeken per maand afgelegd. Daarmee wordt zichtbaar dat het aantal huisbezoeken per sleutelpersoon over de totale projectduur beperkt is gebleven.

Het huisbezoek biedt specifieke kansen en mogelijkheden. Het is kleinschalig, en het biedt meer mogelijkheden voor een vertrouwelijk gesprek dan de voorlichtingsbijeenkomsten. Uit de

²¹ De cijfers van Amsterdam hebben betrekking op de periode 1 januari 2006 – 1 januari 2009. De cijfers van Den Haag op de periode 1 januari 2007 – 1 december 2008.

²² Het gemiddelde ligt feitelijk tussen 7 en 15 omdat 6 van de 11 sleutelpersonen pas in april 2008 van start zijn gegaan.

²³ In Eindhoven heeft men wegens de beperkte financiële middelen bewust de nadruk gelegd op de huisbezoeken en minder op de voorlichtingsbijeenkomsten (die relatief gezien duurder zijn).

²⁴ De eerste training voor sleutelpersonen van Pharos en FSAN werd in september 2006 gegeven.

interviews die met de sleutelpersonen en andere vertegenwoordigers van de zelforganisaties zijn gehouden,²⁵ blijkt dat sommige sleutelpersonen de huisbezoeken prima kunnen invullen, anderen hebben hier echter duidelijk moeite mee.

Er zijn ook verschillende kritische kanttekeningen te plaatsen bij de voorlichting via huisbezoeken. Anders dan in de voorlichtingsbijeenkomsten moeten de sleutelpersonen de huisbezoeken, alleen of met z'n tweeën, geheel op eigen kracht doen. Een belangrijk deel van de sleutelpersonen die zijn geïnterviewd²⁶ geeft aan dat men sterk zoekend is hoe het gesprek over meisjesbesnijdenis te voeren en gaande te houden. Ook vanuit de projectleiding wordt bevestigd dat de sleutelpersonen met de huisbezoeken moeilijk werk moeten doen. Het gaat om een gevoelig onderwerp dat tot het privé-leven van mensen behoort. De sleutelpersonen moeten met relatief weinig toerusting zwaar investeren in de contacten met de doelgroep om het onderwerp bespreekbaar te maken. Er is behoefte aan meer methodische kennis over zaken als: de introductie van het onderwerp, de opbouw van de gespreksvoering, het omgaan met veel voorkomende weerstand en kritiek zoals: "Waar bemoeit Nederland zich mee, wij bepalen zelf wel hoe wij met onze culturele tradities omgaan" en "Jullie verdienen als sleutelpersoon aan mij". Naast algemene methode-ontwikkeling is er ook behoefte aan methodische handvatten voor de aanpak per etnische groep. De gespreksvoering met doelgroepen afkomstig uit een risicoland waar meisjesbesnijdenis verborgen blijft in de samenleving en vrouwen vaak zelf niet weten dat ze besneden zijn, vraagt om een andere benadering dan de gespreksvoering met mensen uit risicolanden waar meisjesbesnijdenis van oudsher een erkend publiek ritueel is.

De sleutelpersonen hebben ook behoefte aan antwoord op vragen als: wat te doen als je problemen binnen het gezin signaleert (zoals bijvoorbeeld huiselijk geweld) en hoe bewaak ik mijn eigen veiligheid. Niet in de laatste plaats ontbreken heldere richtlijnen over om te gaan met signalen van een reëel risico op meisjesbesnijdenis.

Een ander dilemma is de huidige focus van de huisbezoeken. Deze is sterk gericht op meisjesbesnijdenis. Deze nadruk sluit niet goed aan bij de vraag en behoefte van de doelgroepen (zie ook paragraaf 3.4). Dit draagt er ook toe bij dat een belangrijk deel van de sleutelpersonen de huisbezoeken over het algemeen als moeilijk uitvoerbaar ervaart. Een aantal sleutelpersonen heeft behoefte aan meer kennis en toerusting om hun eigen doelgroep ook te helpen bij andere problemen. Dan kan men bij de huisbezoeken meer vraaggericht te werk gaan en bijvoorbeeld ook advies geven over opvoedingsproblemen of ouders met dergelijke problemen doorverwijzen.

3.4 De voorlichtingsbijeenkomsten en overige activiteiten

Binnen alle projecten zijn voorlichtingsbijeenkomsten per etnische groep georganiseerd met als doel algemene bewustmaking en voorlichting over het onderwerp meisjesbesnijders. De wijze van werving van deelnemers voor deze bijeenkomsten is mede afhankelijk van de etnische groep en van de instantie/persoon die de bijeenkomsten organiseert en varieert van een schriftelijke uitnodiging langere tijd van te voren, langs de deur gaan, een aankondiging op websites, het verstrekken van informatie/uitnodigingen via de JGZ tot een belronde op het laatste moment.

²⁵ In het kader van de voortgangsrapportages. In totaal zijn 36 vertegenwoordigers van de zelforganisaties/sleutelpersonen geïnterviewd

²⁶ In het kader van de twee voortgangsrapportages (zie hiervoor de voortgangsrapportages).

Tijdens deze bijeenkomsten wordt vaak gestart met een of meer gastsprekers (al dan niet uit de eigen gemeenschap) een film of een video. Vervolgens is er dan gelegenheid tot vragen stellen of discussie. De nadruk ligt over het algemeen op de wetgeving en op de religieuze overwegingen om meisjesbesnijdenis in stand te houden. Ook de lichamelijke gevolgen en complicaties bij meisjesbesnijdenis zijn een belangrijk onderwerp. Bijv. in Eindhoven is een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd voor 30 Somalische vrouwen en meisjes met als thema's: anatomie van het vrouwelijk geslachtsorgaan, besnijdenis en bevalling, mogelijkheden in Eindhoven voor nazorg (gynaecologische en psychologische hulp) en zwanger en besneden.

De mogelijkheden en effecten van voorlichtingsbijeenkomsten worden vaak in belangrijke mate bepaald door de opvattingen van de gezaghebbende opinionleaders. Het is dus belangrijk om contacten te leggen en te onderhouden met mensen die gezag hebben in de betreffende gemeenschap. Het uitnodigen van ervaringsdeskundigen, gynaecologen van buitenlandse komaf en vrouwelijke advocaten die meisjesbesnijdenis bezien in het kader van vrouwenrechten bevat de zelforganisaties zeer goed. In het bijzonder de inspirerende aanwezigheid van Zahre Naleie (van FSAN) wordt door de deelnemers positief gewaardeerd. Sleutelpersonen merken op²⁷ dat zij rolmodellen (te denken valt ook aan religieuze leiders) nodig hebben om het onderwerp meisjesbesnijdenis te bespreken en te laten doordringen. Zij hebben zelf over het algemeen te weinig kennis, gezag en status binnen hun gemeenschap waar aansprekende rolmodellen dat wel bezitten.

Tijdens bijeenkomsten valt op dat vooral de vrouwen meisjesbesnijdenis in een breder kader plaatsen van vrouwenrechten en empowerment. Bij mannen moet de bewustwording en reflectie veelal nog op gang worden gebracht. De insteek van sommige zelforganisaties is dan ook specifieke aandacht te besteden aan een mentaliteitsverandering van mannen waardoor dat zij ook hun verantwoordelijkheid nemen in het uitbannen van VGV.

Tabel 13 geeft een overzicht van het bereik²⁸ van de voorlichtingsbijeenkomsten waar VGV een centraal thema was. De cijfers hebben betrekking op de periode 1 januari 2006 – 1 december 2008²⁹.

Tabel 13: aantal en bereik voorlichtingsbijeenkomsten met VGV als centraal thema

Gemeente	Aantal bijeenkomsten	Aantal deelnemers	Gem. aantal deelnemers
Amsterdam	31	1880	61
Rotterdam	78	1149*	20
Den Haag	28	1131	40
Tilburg	13	203	16
Utrecht	3	150	50
Eindhoven	31	1011	33

* Dit aantal is incompleet. Van 22 bijeenkomsten is geen opgave verstrekt van het aantal bereikte personen

²⁷ Tijdens de interviews afgenomen in het kader van de voortgangsrapportages.

²⁸ Sommige projecten hebben het bereik met de huisbezoeken en de VGV voorlichtingsbijeenkomsten niet uitgesplitst en nader gespecificeerd. Om het bereik met de VGV voorlichtingsbijeenkomsten te kunnen bepalen, zijn we uitgegaan van een gemiddeld bereik per huisbezoek van 2 personen.

²⁹ Uitgezonderd Amsterdam. De cijfers van Amsterdam hebben betrekking op de periode 1 januari 2006 – 1 januari 2009.

De tabel laat zien dat de drie grote steden en Eindhoven een relatief groot bereik hebben gerealiseerd. In Amsterdam zijn meer grootschalige bijeenkomsten en in Rotterdam juist meer kleinschalige bijeenkomsten gehouden. We geven enkele voorbeelden van de verschillende doelgroepen waarvoor voorlichtingsbijeenkomsten zijn georganiseerd.

- In verschillende steden zijn specifieke voorlichtingsbijeenkomsten voor Somalische mannen georganiseerd met als thema de rol van mannen in de strijd tegen VGV.
- In verschillende projecten zijn workshops en debatten over VGV gehouden specifiek voor jongeren.
- In een aantal projecten hebben religieuze leiders voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd via hun kerken, moskeeën en verenigingen.
- Vanuit sommige projecten zijn voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd in asielzoekerscentra.

Bredere voorlichtingsactiviteiten, nazorg en empowerment

VGV is geen onderwerp waar mensen gemakkelijk op af komen. Het onderwerp is hiervoor te zwaar en teveel beladen met taboes. De mogelijkheden voor het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten met VGV als centraal thema zijn dan ook beperkt. En er zijn ook nog andere redenen waarom de zelforganisaties het onderwerp meisjesbesnijdenis vaak onderdeel maken van bredere onderwerpen en meer algemene (feest)activiteiten.

- Een eerste reden is dat specifieke subgroepen binnen de doelgroepen, in het bijzonder vluchtelingen³⁰, kampen met meerdere problemen. Er is sprake van armoede, huiselijk geweld, huisvestingsproblemen, opvoedproblemen et cetera. Deze problemen vragen meer aandacht dan meisjesbesnijdenis wat voor veel mensen geen probleem is en/of geen prioriteit heeft.
- Een tweede reden is dat binnen de doelgroepen een grote behoefte bestaat aan onderlinge ontmoetingen, waarbij ook voldoende ruimte is voor ontspanning. Op deze bijeenkomsten kunnen ze in eigen taal met elkaar praten, ontspannen en ervaringen uitwisselen. Deze bijeenkomsten, waarbij met elkaar gegeten en gedronken wordt, worden ook gebruikt om informatie te verstrekken of te discussiëren over actuele en belangrijke onderwerpen zoals meisjesbesnijdenis. Door in deze ontmoetingsbehoefte te voorzien, wordt ruimte gecreëerd om informatie aan te bieden over preventie van meisjesbesnijdenis.
- Een derde reden is dat mensen op een gegeven moment genoeg informatie hebben gekregen over meisjesbesnijdenis en het onderwerp 'moe' worden. De zelforganisaties zijn daarom continue op zoek naar methoden om het onderwerp meisjesbesnijdenis interessant te houden voor de achterban. Vaak wordt de context waarin het onderwerp behandeld wordt verbreed en wordt het onderdeel van bijvoorbeeld een themabijeenkomst over lichamelijke integriteit, emancipatie en/of gelijke rechten en mogelijkheden voor iedereen. Mede vanuit dit perspectief zijn empowermenttrainingen ook onderdeel gaan uitmaken van enkele preventieprojecten VGV.

Het onderwerp meisjesbesnijdenis is tijdens verschillende soorten 'bredere' bijeenkomsten aan de orde gekomen binnen de verschillende projecten. Precieze aantallen over het bereik zijn niet

³⁰ Dit geldt in het bijzonder voor de Somalische doelgroep. De Somalische zelforganisatie SOMVAO geeft aan dat er sinds kort veel nieuwe vluchtelingen uit Somalië in Amsterdam zijn die met meerdere problemen kampen.

te geven. We noemen enkele voorbeelden van bredere bijeenkomsten waar VGV aan de orde kwam: tijdens een voorlichtingsbijeenkomst over ouderparticipatie in het onderwijs, tijdens een thematische bijeenkomst over opvoeden tussen twee culturen, als onderdeel van de internationale vrouwendag, tijdens een training bestuurlijke vaardigheden voor het bestuur van een zelforganisatie en tijdens sportevenementen. Voorbeelden van activiteiten uitgevoerd binnen enkele gemeenten zijn:

- In Amsterdam heeft een van de Somalische zelforganisaties VGV aan de orde gesteld tijdens het offerfeest. Hiermee zijn 60 vrouwen en jongeren van verschillende leeftijden bereikt.
- Specifiek voor Den Haag zijn de Iftarmaaltijden³¹ waar meisjesbesnijdenis als thema is besproken. Een Iftarmaaltijd met meisjesbesnijdenis als onderwerp is twee keer georganiseerd, voor de Somalische bevolkingsgroep (besneden vrouwen), de Soedanese bevolkingsgroep (besneden vrouwen), de Turkse bevolkingsgroep (onbesneden vrouwen) en de Marokkaanse bevolkingsgroep (onbesneden vrouwen).
- Tilburg heeft tijdens het Festival Mundial in Tilburg de campagne 'because I'm a girl' uitgevoerd.

Activiteiten via de radio, TV en internet

Met name de projecten in de drie grote steden hebben ook radio uitzendingen en tv uitzendingen (incidenteel) verzorgd. Ook waren enkele voorlichtingsbijeenkomsten (van het VGV project Den Haag) op You Tube te bekijken.

De lokale radio-uitzendingen hadden een geschat bereik van minimaal 500 mensen per uitzending. In Amsterdam hebben enkele lokale zelforganisaties VGV onder andere aan de orde gesteld tijdens hun maandelijks radio uitzendingen. De projecten in Rotterdam en Den Haag hebben een aantal radio programma's over VGV verzorgd via radio Dalmar. Rotterdam heeft in samenwerking met de Ghanese zelforganisatie ook drie interactieve radio-uitzendingen georganiseerd. Het blijkt mogelijk om hiermee wereldwijd een groot aantal Ghanesen te bereiken terwijl eerdere pogingen om deze bevolkingsgroep te bereiken moeizaam waren verlopen. De eerste uitzending vond plaats in april 2008, in samenwerking met de nationale omroep in Ghana, en was een groot succes. De uitzending duurde 2,5 uur in plaats van de geplande 60 minuten. Op het hoogtepunt van de uitzending zijn (internationaal) 650.000 luisteraars geregistreerd. In de Nederlandse studio zaten de getrainde religieuze contactpersoon en de projectmanager VGV³². In de Ghanese studio een imam, een verloskundige en een voorstander van besnijdenis. Luisteraars konden vragen aan hen stellen en reageren op het onderwerp meisjesbesnijdenis.

Empowerment

De sleutelpersonen en andere vertegenwoordigers van de zelforganisaties die in het kader van de twee voortgangsrapportages zijn geïnterviewd geven aan dat de ergste vormen van meisjesbesnijdenis vaak worden afgekeurd binnen de doelgroepen. Mede gezien de strafbaarstelling is echter niet altijd duidelijk in hoeverre deze afkeuring gemeend is. De milde vorm (de Soena) wil men wel vaak behouden: "*mensen worstelen hiermee, het is een diep geworteld ritueel dat men niet zomaar wil loslaten*". Een aantal geïnterviewden benadrukt echter

³¹ Een Iftarmaaltijd vindt plaats tijdens de Ramadan. Er wordt dan alleen 's avonds na zonsondergang gegeten.

³² Van Haridat Consultancy, het bureau dat binnen het VGV project in Rotterdam de activiteiten in het kader van het derde onderdeel van het VGV project verzorgde.

dat er een langer durende en/of meer intensievere benadering nodig is om meisjesbesnijdenis echt uit te bannen gezien de achterliggende patronen zoals het vrouwonderdrukkende karakter van meisjesbesnijdenis, de druk die ontstaat vanuit de familie als een meisje niet besneden wordt en het risico om uitgestoten te worden. In dit verband wordt het belang van de emancipatie van mannen en de empowermenttrainingen naar voren gebracht.

Binnen verschillende VGV projecten zijn empowermentbijeenkomsten of trainingen georganiseerd. Vooral Rotterdam was op dit vlak actief. Hier zijn empowermenttrainingen met een certificering georganiseerd voor moeders, vaders, jongens en meisjes uit de doelgroepen. De trainingen zijn erop gericht dat deelnemers zelf over de kennis en vaardigheden gaan beschikken die nodig zijn om in eigen kring nee te kunnen (blijven) zeggen tegen meisjesbesnijdenis. Tabel 14 geeft een overzicht van het bereik van de empowermenttrainingen. De cijfers hebben betrekking op de periode 1 januari 2006 – 1 december 2008.³³

Tabel 14: deelname empowermenttrainingen en bijeenkomsten

Gemeente	deelnemers meerdaags empowermenttraining	Deelnemers empowerment workshop/ eendaagse training
Amsterdam	10	201
Rotterdam	83	175
Eindhoven	11	

De nazorg voor meisjes en vrouwen die besneden zijn

Gaandeweg de uitvoering van de VGV projecten nam het bewustzijn toe dat preventie en nazorg onlosmakelijk verbonden zijn. Vrouwen die problemen ervaren als gevolg van hun besnijdenis moeten medische nazorg kunnen krijgen. De VGV projecten beogen de bewustwording van en kennis over meisjesbesnijdenis te vergroten. Dit kan echter ook tot ongewenste bijeffecten leiden. Vrouwen die besneden zijn kunnen negatief bestempeld worden en zich minderwaardig gaan voelen. Ook wisten vrouwen niet altijd dat ze besneden zijn en op welke manier dat is gebeurd. Goede opvang en begeleiding kan dan belangrijk zijn en is momenteel nog onvoldoende voorhanden. Enkele projecten hebben de nazorg ook opgenomen in hun projectuitvoering (zie paragraaf 2.2).

3.5 Bevorderende factoren

We noemen de belangrijkste factoren die de voorlichting door en voor de etnische groepen bevorderen.

- De VGV projecten kunnen meer en breder effect sorteren als de religieuze leiders van het begin af aan worden betrokken bij de preventieve aanpak van VGV. Dit geldt in het algemeen en specifiek voor het bereik van de Egyptische doelgroep.
- Er zijn twee typen bevorderende factoren voor de samenwerking tussen GGD en zelforganisaties. Enerzijds is er behoefte aan duidelijke, uniforme landelijke afspraken en

³³ Uitgezonderd Amsterdam. De cijfers van Amsterdam hebben betrekking op de periode 1 januari 2006 – 1 januari 2009.

kaders. Aan de andere kant zijn vindingrijkheid, creativiteit en flexibiliteit belangrijke ingrediënten voor de samenwerking tussen GGD en de etnische doelgroepen.

- Alle projecten onderstrepen het belang van een brede gedifferentieerde benadering van het onderwerp meisjesbesnijdenis. De benadering dient aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroepen. Door afwisselend specifieke bijeenkomsten over meisjesbesnijdenis te organiseren en op andere momenten het onderwerp te integreren in bredere thematische bijeenkomsten, ontspanningsactiviteiten en tijdens feestactiviteiten bereiken de zelforganisaties méér mensen en een bredere groep mensen.
- De effectiviteit van de huisbezoeken wordt vergroot als meer wordt geïnvesteerd in de deskundigheid en in de toerusting van de sleutelpersonen. De sleutelpersonen kunnen dan ook meer vraaggericht te werk gaan bij de huisbezoeken. Door de verbinding tussen de sleutelpersonen en de GGD te versterken kunnen zij ook een schakel worden in de ketenaanpak preventie VGV.
- Empowerment (van vrouwen, jongeren en mannen) en emancipatie van mannen dienen onderdeel te zijn van de preventieve aanpak van meisjesbesnijdenis.

4 Lokale borging van de preventieve aanpak VGV

4.1 Een opmerking vooraf

Verschillende projectleiders hebben tijdens de laatste interviewronde een opmerking gemaakt over het feit dat de projectduur twee keer met een half jaar is verlengd. Zij betreuren het dat er nog geen duidelijkheid is over structurele financiering van de preventieve aanpak VGV. De eerste verlenging (van 1 januari – 1 juli 2009) kon nog door alle projecten goed besteed worden aan de borging van de lokaal ontwikkelde aanpak. Enkele projecten kunnen ook de tweede termijn van verlenging (van 1 juli tot en met 31 december) hiervoor nog benutten. Voor de meeste projecten levert deze tweede termijn van verlenging echter allen maar nadelen op. Zij zijn klaar voor een structureel vervolg, iedereen heeft duidelijk wat hij moet doen maar er is nog geen duidelijkheid over de financiële toekomst. Het is moeilijk om het enthousiasme en de motivatie vast te houden. Dat is merkbaar bij activiteiten die nog worden georganiseerd. Kortom: de huidige situatie van onduidelijkheid en onzekerheid doet afbreuk aan hetgeen de afgelopen jaren met veel enthousiasme en zorgvuldigheid binnen deze projecten is opgebouwd.

4.2 Lokale borging van de preventieve aanpak VGV

Relatie aanpak Huiselijk Geweld en RAAK

Om de lokale preventieve aanpak VGV te borgen, hebben de pilotgemeenten verbindingen gelegd met de integrale aanpak Huiselijk Geweld (HG) en/ of de lokale aanpak RAAK. In de meeste gemeenten heeft dit geresulteerd in structurele afspraken door het afsluiten van convenanten en/of opname van VGV in het projectplan integrale aanpak HG en/of RAAK. Soms zijn hierover nog gesprekken gaande.

Opname van VGV binnen de integrale aanpak HG betekent niet alleen dat VGV onderdeel wordt van de lokale aanpak HG/ kindermishandeling maar ook dat er verbindingen worden gelegd met de aanpak eengerelateerd geweld en met de zelforganisaties die bij deze aanpak zijn betrokken. Structurele onderbrenging van VGV bij de aanpak HG/ kindermishandeling kon relatief gemakkelijk worden gerealiseerd omdat VGV tijdens de uitvoering van de pilotprojecten reeds was opgenomen in een stedelijk protocol kindermishandeling.

De structurele borging betekent ook dat VGV onderdeel wordt van het scholings- en voorlichtingsaanbod 'signalering en melding' dat via RAAK en de aanpak HG/kindermishandeling wordt gerealiseerd. Specifiek voor Rotterdam geldt dat VGV kon worden ondergebracht binnen de brede implementatie van de meldcode Huiselijk Geweld/Kindermishandeling Eengerelateerd geweld.

Relatie CJG

Onderbrenging van VGV bij de Centra voor Jeugd en Gezin is op dit moment nog minder goed uitgekristalliseerd. Dat heeft te maken met het feit dat de CJG's zelf nog in ontwikkeling zijn. Het heeft ook te maken met het feit dat de inrichting van de CJG's per gemeente verschilt. We geven enkele voorbeelden. In Rotterdam is afgesproken dat VGV expliciet aandachtspunt is van het

periodiek casusoverleg Kindermishandeling binnen het CJG. Vanuit het VGV project Amsterdam wordt aangegeven dat inbedding van VGV binnen het CJG (in Amsterdam OKC genaamd) wordt gerealiseerd door de afzonderlijke partijen (zoals JGZ, AMK, BJZ en verloskundigen) die meedoen aan het casusoverleg en de opvoedspreekuren. Het heeft geen zin om hierover afspraken te maken met een OKC manager aangezien deze geen leidinggevende positie heeft ten opzichte van de betrokken partijen. In Eindhoven verwacht men dat het casusoverleg binnen het CJG niet de geëigende plek is om vermoedens van VGV te bespreken. Gegeven het (concept)handelingsprotocol VGV zal er eerder voor een andere routing worden gekozen, ook wegens de strafrechtelijke benadering.

De meeste projectteams zijn wel van mening dat de VGV ondergebracht moet worden bij de informatie en adviesfunctie van de CJG's. Medewerkers van bijv. een opvoedwinkel moeten weten naar wie ze moeten doorverwijzen en er moeten folders in de winkel liggen. In Utrecht zijn afspraken gemaakt dat dit najaar de I&A-medewerkers van de CJG's voorlichting krijgen over VGV. Ook komt de sociale kaart VGV op het afgescheiden deel van de CJG-website dat alleen voor professionals toegankelijk is. Een vermeldenswaardige activiteit is verder dat sleutelpersonen in Eindhoven op eigen initiatief contact hebben gelegd met het CJG en voorlichting over VGV hebben verzorgd voor professionals werkzaam binnen het CJG.

Borging binnen de lokale overheid

Op beleidsniveau is de borging binnen de gemeente veelal geregeld door onderbrenging van VGV binnen de gemeentelijke afdeling die verantwoordelijk is voor de aanpak HG.

In geen van de gemeenten is het echter gelukt om afspraken te maken over structurele financiering van preventie VGV na afloop van de projectduur (door oormerking van gelden voor VGV binnen het budget huiselijk geweld/ kindermishandeling)³⁴. Men wacht af tot er op dit punt meer duidelijkheid komt vanuit de centrale overheid. Op onderdelen zijn er soms wel afspraken rondom financiering. Bijvoorbeeld in Eindhoven wordt de voorlichting over VGV van Vluchtelingenwerk aan nieuwkomers, gefinancierd door de gemeente.

Specifieke lokale maatregelen voor borging

De meeste projecten hebben een instrument of structuur ontwikkeld waarmee de borging van de preventieve aanpak van VGV is versterkt. In bijna alle steden is inmiddels een sociale kaart preventie VGV ontwikkeld met namen van organisaties en functionarissen die benaderd kunnen worden inzake VGV en die weten wat ze moeten doen. In Utrecht wordt een sociale kaart VGV ontwikkeld. In Den Haag gaat een VGV team starten. Hierin zijn een huisarts, verloskundige, AMK, JGZ, politie en een sleutelpersoon vertegenwoordigd. Het team neemt eens per twee maanden de actuele ontwikkelingen rond VGV door en is voor een ad hoc bespreking van een casus bijeen te roepen.

De aanjaagfunctie en regierol van de GGD

De projectleiders van de 6 pilotgemeenten zijn unaniem van mening dat na beëindiging van de projecten, iemand de VGV-kar op lokaal niveau moet blijven trekken. Zo niet, dan voorziet men

³⁴ Vlak voor het uitbrengen van het rapport, heeft de projectleider van Den Haag ons laten weten dat de wethouder van Den Haag heeft aangegeven dat de preventieve aanpak VGV structureel voortgezet moet worden en dat daar geld vrij voor wordt gemaakt.

dat het onderwerp van de agenda van betrokken partijen verdwijnt. Een van de geïnterviewden maakt in dit verband de vergelijking met de aanpak jeugdprostitutie. Ook hiervoor is een aparte trekker/projectleider nodig om te voorkomen dat het onderwerp ondergesneeuwd raakt. Deze trekkers- en regiefunctie VGV dient ondergebracht te blijven bij de GGD. Als taken van de trekker/regisseur worden genoemd:

- Fungeren als aanspreekpunt/gezicht naar buiten voor de ketenpartners door bijvoorbeeld: met enige regelmaat aanwezig te zijn bij belangrijke overleggen van ketenpartners, te zorgen voor continuïteit in informatievoorziening (lokale nieuwsbrief) en voor actualisering van de sociale kaart VGV en een keer per jaar een bijeenkomst te organiseren rond een bepaald thema.
- Contacten vasthouden en uitbouwen met de zelforganisaties: blijven werken aan het opbouwen van vertrouwen; aansturen van de zelforganisaties (afhankelijk van de positionering van de zelforganisaties na afloop van het project).
- Het ondersteunen van de sleutelpersonen (afhankelijk van de positionering van de sleutelpersonen na afloop van het project).
- VGV op de agenda houden van de JGZ (bij regiomanagers, teamleiders en aandachtsfunctionarissen) en aandacht aan VGV blijven besteden via de reguliere nieuwsbrief van de JGZ.
- Het leggen van verbindingen tussen betrokken partijen (professionele organisaties, zelforganisaties en sleutelpersonen).
- Onderhouden van contacten met de gemeente/zorgen dat het onderwerp prioriteit houdt binnen het gemeentelijke beleid.
- Bewaken van de aansluiting van VGV met relevante beleidstrajecten binnen de gemeente zoals bijv. RAAK en de doelgroepgerichte voorlichting rond complexe opvoedthema's.
- Fungeren als aanspreekpunt voor verspreiding van kennis over de aanpak, de te vervullen rollen en de ontwikkelde producten inzake preventie VGV ten behoeve van regio's die nog gaan starten met de preventieve aanpak VGV.

Borging van de individuele voorlichting en vroegsignalering door de JGZ

Alle projectleiders geven aan dat het gespreksprotocol en de bijbehorende registratie onderdeel zijn en blijven van het basistakenpakket. VGV zal ook onderdeel blijven van het scholingsaanbod voor de JGZ, bijvoorbeeld via E learning en opname VGV binnen het scholingsaanbod 'kindermishandeling'. (Zie hiervoor ook paragraaf 1.2). Ook op andere manieren wordt VGV binnen de JGZ geborgd. Genoemd zijn: de aanwezigheid van de aandachtsfunctionarissen VGV, opname van VGV binnen het kwaliteitsbeleid en opname VGV binnen de intervisie voor jeugdartsen. De aandachtsfunctionarissen moeten actief blijven in het bespreekbaar maken van VGV door de JGZ medewerkers. Aandachtsfunctionarissen moeten ook worden geconsulteerd in alle gevallen dat een verhoogd risico op VGV wordt geconstateerd.

Het algemene oordeel is echter dat er meer nodig is voor een goede verankering van de preventieve aanpak VGV binnen de JGZ. Zeker in het licht van de eerdere conclusie dat de risicosignalering door de JGZ moet worden verbeterd (zie paragraaf 1.3). Als er geen extra financiële middelen beschikbaar komen dan is de extra tijd die (conform het gespreksprotocol) nodig is voor follow up niet geborgd. Ook verwacht men dat de registratie beperkt wordt tot de uitkomst van de risicosignalering.

Ook binnen het Electronisch Kind Dossier (EKD) zijn er verbeteringen mogelijk en wenselijk. Het systeem zou moeten 'oplichten' bij een CB of PGO³⁵ van een meisje uit een van de risicolanden. Voorwaarde is wel dat de doelgroep van de preventieve aanpak VGV goed gedefinieerd is binnen het systeem, anders worden gezinnen gemist. Ook zou er automatische extra tijd in het systeem moeten worden gegenereerd als het gespreksprotocol wordt toegepast en de registratie moet worden ingevuld (mits financieel uitvoerbaar).

Meer in het algemeen wordt opgemerkt dat de inhoud van het totale basistakenpakket kritisch bekeken moet worden: wat is wel en wat is niet nodig en wat is reëel uitgaande van beschikbare tijd en financiële middelen?

Als belangrijk winstpunt voor de borging van VGV binnen de JGZ wordt genoemd dat de Inspectie de GGD-en op dit onderwerp gaat bevragen. Hiervan gaat een stimulerend effect uit op de aandacht die het management van de GGD besteedt aan de preventie van VGV.

Het handelingsprotocol VGV vormt een specifieke punt van aandacht. Het heeft nog steeds de status van concept. Het is belangrijk dat dit een definitieve status krijgt. Daarnaast is het van belang dat er meer draagvlak in het werkveld komt voor de strafrechtelijke aanpak van VGV. Dat heeft te maken met goede voorlichting en deskundigheidsbevordering. Hiermee wordt voorkomen dat er drempels ontstaan in het preventieve veld om te melden bij het AMK omdat men vreest voor negatieve consequenties (vertrouwenspositie ten opzichte van de ouders).

Borging van de inzet van de zelforganisaties

De meeste projecten zijn van mening dat verdere afspraken met de zelforganisaties over hun voorlichting inzake preventie VGV opgenomen kunnen worden in hun subsidievoorwaarden vanuit de gemeente. Ook wordt de mogelijkheid genoemd om VGV te koppelen aan de reeds bestaande begeleiding van zelforganisaties door welzijnsorganisaties. Dit heeft echter als beperking dat sommige zelforganisaties wel worden begeleid door een welzijnsorganisatie en andere niet.

In Rotterdam en Eindhoven is sprake van een bredere benadering. De gemeente wil de relatie met de zelforganisaties verbreden zodat er niet meer vanuit verschillende invalshoeken (HIV/ AIDS, eegerelateerd geweld, VGV) afzonderlijke afspraken hoeven worden gemaakt. De projectleider van het VGV project Rotterdam verwoordt dit proces als volgt: *“Het is belangrijk dat er een explicitering komt van functies die zelforganisaties kunnen vervullen en de kerntaken die daarmee verbonden kunnen worden. Dit is allereerst een zaak van organisaties zelf. En heel belangrijk is dat ze daarbij ook een visie ontwikkelen op hun eigen rol en verantwoordelijkheid als zelforganisaties. En waar het aankomt op hun inzet en bijdrage voor stedelijke of landelijke beleidsdoelstellingen moet goed worden geëxpliciteerd wat ze willen doen en wat beoogde opbrengsten zijn. Op basis daarvan kunnen dan goede afspraken worden gemaakt over inzet en facilitering. Het ontbreekt op dit moment op alle niveaus aan een heldere visie en explicitering van een en ander. Daar moet nog veel aan gebeuren”*.

Met onderbrenging van het onderwerp VGV binnen de subsidievoorwaarden is de continuïteit van de inzet van de zelforganisaties (en de sleutelpersonen) echter niet gegarandeerd. Van verschillende kanten wordt aangegeven dat borging van de inzet van de eigen etnische groepen het grootste knelpunt wordt als er geen structurele geormerkte financiering komt voor de preventie van VGV.

³⁵ CB (consultatiebureau bezoek); PGO (periodiek gezondheidsonderzoek).

In Amsterdam wordt VGV wordt ondergebracht bij de HIV/SOA voorlichting. De basis wordt dus aansluiten bij het thema gezondheid. De HIV/SOA voorlichting heeft al een groot bereik. Deze voorlichting is al structureel geregeld en er is geld tot het einde van het jaar. De zelforganisaties kunnen zelf bepalen hoe ze hierop inzetten, dus welke activiteiten ze ontplooiën. Ze kunnen ook voorlichting verzorgen buiten de HIV/SOA voorlichting. De regie loopt via de projectleider HIV/SOA (van de GGD). Deze coördinator zorgt voor: informatie-avonden, subsidietrajecten, sociale kaart en inzet VETC-ers.

Borging van de inzet van sleutelpersonen

Enkele projecten zijn (soms uit financiële overwegingen) gestopt of gaan stoppen met de huisbezoeken door de sleutelpersonen. Een aantal projecten heeft ervoor gekozen om naast of in plaats van de huisbezoeken de inzet van de sleutelpersonen te koppelen aan de activiteiten van de JGZ (het PGO of CB of de huisbezoeken of onderzoeken op indicatie van de JGZ). Een sleutelpersoon gaat dan bijvoorbeeld op bezoek bij een gezin uit de risicogroep voordat het CB of PGO van de JGZ plaats vindt. Ook hebben sommige projecten de keuze gemaakt om de sleutelpersonen of de taken van de sleutelpersoon onder te brengen bij de VETC-ers werkzaam binnen de GGD of bij een externe organisatie met vergelijkbare functionarissen.

In Amsterdam heeft men kortstondig ervaring opgedaan met de inzet van sleutelpersonen bij huisbezoek of onderzoek op indicatie. Dit bleek lastig te organiseren omdat enerzijds sleutelpersonen vrijwilligers zijn met beperkte beschikbaarheid en anderzijds een gezin niet altijd op een afspraak verschijnt. Inzet van (getrainde) VETC-ers³⁶ (deels uit de doelgroepen zelf) werkt beter, zo is hun ervaring. Deze hebben een 0-uren contract en zijn daardoor flexibel beschikbaar. Deze VETC-ers kunnen ook gevraagd worden door de zelforganisaties om voorlichting te verzorgen en ze kunnen worden ingezet als zorgconsulent binnen de JGZ. De financiering hiervan door de zorgverzekeraar moet echter nog geregeld worden. VGV moet nog een erkend onderwerp worden. Sommige projectteams noemen ook als voordeel dat de VETC-ers een onafhankelijke positie hebben binnen de achterban. Bovendien zijn VETC-ers breder geschoold dan de sleutelpersonen. Dat is van belang omdat er ook een relatie is tussen VGV en MPG-problematiek³⁷. Onderbrenging van de sleutelpersonen bij de VETC-ers ondervangt ook de noodzaak van goede begeleiding.

Met het onderbrengen van (de taken van) de sleutelpersonen wordt een aantal knelpunten opgelost die in de procesevaluatie naar voren zijn gekomen (zie hoofdstuk 3). De informatie en vertrouwenspositie van de VETC-er/sleutelpersoon is echter nadrukkelijk nog een punt van aandacht. Wat is zijn/haar positie ten opzichte van de professionals? Een VETC-er/sleutelpersoon is een vertrouwenspersoon en geen signaleerder of melder, maar wat moet hij/zij dan doen met een vermoeden dat een meisje besneden gaat worden?

Er zijn ook projecten waar men nog geen keuze heeft gemaakt voor de borging of voor andere vormen van borging heeft gekozen zoals in Eindhoven en Rotterdam. In Eindhoven hebben de

³⁶ Onder het begrip VETC-ers worden in dit verband ook verstaan de mensen met een vergelijkbare functie met een andere benaming.

³⁷ Multi Probleem Gezinnen. Dat er een relatie is tussen (vermoedens van) VGV en MPG problematiek blijkt ook uit het onderzoek naar de afhandeling van meldingen VGV door het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming (Burik, A.E. van et al. 2009).

sleutelpersonen zich breder ontwikkeld (door deelname aan bestaande scholingsactiviteiten). Deze sleutelpersonen geven inmiddels bijvoorbeeld ook empowermenttrainingen voor meisjes en voorlichting over opvoedingsvragen. In Rotterdam wil men de inzet van sleutelpersonen onderbrengen binnen een nieuw te ontwikkelen gedifferentieerd en fijnmazig aanbod van voorlichting over complexe opvoedthema's (variërend van pedagogische basiskennis tot seksualiteit en gevoelige onderwerpen als eengerelateerd geweld en VGV). Dit aanbod moet verankerd worden binnen de context van de CJG ontwikkeling.

Borging ondersteuning door Pharos en FSAN

De mogelijkheid van ondersteuning door Pharos en FSAN bij structurele continuering van de preventieve aanpak VGV, wordt positief gewaardeerd. Waar nodig en aan de orde zal men daar zeker gebruik van maken.

4.3 Landelijke borging van de preventieve aanpak VGV

Tijdens de uitvoering van de pilotprojecten is uitgebreid aandacht besteed aan de landelijke borging van de lokaal ontwikkelde preventieve aanpak VGV. Er werd een onderzoek uitgevoerd door B & A Consulting (Koert, J. van et al. 2009) en er werden verschillende conferenties gehouden. We volstaan hier met de opsomming van initiatieven voor landelijke borging die in het verlengde liggen van de in paragraaf 4.2 beschreven lokale borging.

- Vanuit de pilotprojecten zijn gesprekken gaande om VGV landelijk onder te brengen bij RAAK. Inzet is om dit als een logische uitbreiding te presenteren en geen extra taak. Dit moet organisatorisch goed neergezet worden.
- Vanuit de pilotprojecten wordt bewaakt dat VGV als apart item wordt meegenomen in de landelijke richtlijn Secundaire Preventie Kinder mishandeling van de JGZ. (handelen bij een vermoeden van kindermishandeling).
- De pilotprojecten hebben een berekening bij GGD Nederland neergelegd met een overzicht van het verwachte aantal contacten en het aantal onderzoeken op Indicatie. Dit op basis van de landenlijst van Pharos (2008). Uitgangspunt daarbij is dat er een andere manier van financiering moet komen die uit twee componenten bestaat: een basisbedrag en een bedrag naar rato van het aantal meisjes. Verder zijn ook opgenomen de kosten van de aandachtsfunctionaris en de regiefunctie (tevens aanspreekpunt bij landelijke implementatie).
- Het gespreksprotocol JGZ wordt landelijk aangepast door Pharos, RIVM en AJN. Pharos zorgt voor bewaking van de input vanuit de praktijk.
- Het registratieformulier wordt geëvalueerd. In dit verband zijn twee opmerkingen gemaakt namelijk (1) het ministerie van VWS zou mede moeten bepalen wat geregistreerd moet worden en (2) er zijn ook beschermende factoren tegen VGV; deze zouden ook op het registratieformulier opgenomen kunnen worden.
- Vanuit de pilotprojecten wordt uitgezocht wat de mogelijkheden zijn om VGV onder te brengen bij het landelijk EKD. Er zou dan geen extra papieren registratie meer nodig zijn.
- VGV wordt opgenomen in het E-learning aanbod van Augeo voor medische beroepsgroepen (inwerkprogramma's).
- De NVOG komt met een eigen protocol voor de gynaecologen.

Ten aanzien van de landelijke implementatie van de nazorg voor (volwassen) slachtoffers van VGV is opgemerkt dat hiervoor een aparte aanpak en projectleider nodig is. Deze nazorg valt buiten het bestek van de preventie VGV omdat er andere partijen bij betrokken zijn. Wellicht moeten verloskundigen hier een sleutelpositie vervullen. De ervaringen binnen de preventieprojecten hebben laten zien dat er ook extra geïnvesteerd moet worden om deze nazorg te realiseren. Het voldoet niet om hiervoor op lokaal niveau afspraken te maken met een ziekenhuis. Hiermee worden de slachtoffers onvoldoende bereikt. Dit heeft wellicht te maken met de breder bestaande kloof tussen de reguliere gezondheidszorg en de allochtone bevolkingsgroepen.

5 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

5.1 Samenvatting en conclusies

De zes lokale preventieprojecten VGV hadden een looptijd van 3 jaar (2006 tot en met 2008) maar zijn vervolgens twee keer verlengd. De totale programmaduur is dus 2006 – 2009.

De procesevaluatie bestond uit drie rondes: een rapportage van de startfase (2006 – eerste 3 maanden 2007), een rapportage van een groot deel van de uitvoeringsfase (april 2007 – april 2008) en het voorliggende eindrapport. In dit eindrapport worden de opbrengsten van de pilots, de lokale borging van activiteiten en de lessen voor toekomstige projectleiders beschreven.

Het rapport geeft geen compleet beeld van de opbrengsten van de projecten omdat de uitvoering van de projecten niet meer systematisch is en wordt gevolgd tijdens de verlengingsperiodes.

We geven een samenvattend overzicht van de lokale opbrengsten en borging van de drie programmatische onderdelen. Voor de lokale borging van de preventieve aanpak VGV in bredere zin verwijzen we naar hoofdstuk 4.

1. Individuele voorlichting en vroegsignalering van bedreigende situaties door de JGZ

De pilotprojecten hebben veel geïnvesteerd in het deskundig maken van de JGZ medewerkers (artsen en verpleegkundigen). Meer dan 70% van alle artsen en verpleegkundigen is geschoold in kennis en gespreksvoering inzake VGV. Met name de JGZ medewerkers werkzaam in Amsterdam en Den Haag volgden ook de verdiepingstraining. De GGD-en hebben de scholing geborgd door deze onder te brengen bij reguliere inwerkprogramma's, introductiecurcussen, cursussen gespreksvoering of implementatie van een meldcode HG.

De toepassing van het gespreksprotocol en de bijbehorende registraties zijn ondergebracht binnen het basistakenpakket van de JGZ. Dat blijft zo, ook als de projecten zijn afgelopen.

Op basis van de beschikbare registratiegegevens kan worden geconcludeerd dat de JGZ goede resultaten heeft geboekt in het bereik van de doelgroep. In totaal zijn 1800 contacten met ouders over VGV geregistreerd (door de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19). Bij 10% van alle meisjes werd de inschatting gemaakt dat er een 'twijfelachtig' risico bestaat op meisjesbesnijdenis. Bij 2% werd een reëel risico op VGV vastgesteld. Omdat er vermoedelijk sprake is van ondersignalering bieden de cijfers bieden nog te weinig houvast om tot hardere uitspraken te komen over de vraag hoeveel meisjes woonachtig in Nederland, besneden worden of dreigen te worden.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat toepassing van het gespreksprotocol: doorvragen, risico-inschatting, sociaal wenselijke antwoorden en juiste registratie aandacht blijven vragen. Omdat een gesprek met ouders relatief weinig voorkomt is het ook lastig om werkervaring en routine op te bouwen. Naast continuering van de scholing moeten ook de aandachtsfunctionarissen actief blijven in het bespreekbaar maken van VGV en intern worden geconsulteerd als een verhoogd risico op VGV wordt geconstateerd. Voor een goede verankering van de preventieve aanpak VGV binnen de JGZ is echter meer nodig. Als er geen extra financiële middelen beschikbaar komen dan is de extra tijd die nodig is voor follow up niet geborgd. Ook verwacht men dat de registratie beperkt wordt tot de uitkomst van de risicosignalering.

Zowel het gespreksprotocol als de registratie worden door het RIVM, het AJN en Pharos geëvalueerd en aangepast op basis van de ervaringen die de afgelopen jaren zijn opgedaan. Het huidige gespreksprotocol moet ook worden aangevuld. Het voorziet namelijk niet in stappen bij een reeds uitgevoerde VGV terwijl het wel de bedoeling is dat de JGZ een uitgevoerde VGV neerlegt bij het AMK. Het handelingsprotocol VGV (voor alle betrokken partijen) vormt een specifieke punt van aandacht. Het heeft nog steeds de status van concept. Het is belangrijk dat dit snel een definitieve status krijgt. Daarnaast is het van belang dat er meer draagvlak in het preventieve werkveld komt voor de strafrechtelijke aanpak van VGV.

2. Verbeteren van de ketensamenwerking

Verbetering van signalering, melding en afhandeling van meisjesbesnijdenis binnen de keten van kindermishandeling en huiselijk geweld, vormt het tweede speerpunt van de zes pilots. In het kader van dit speerpunt zijn contacten gelegd, aandachtsfunctionarissen aangesteld, is voorlichting gegeven, training en scholing georganiseerd en zijn (structurele) afspraken gemaakt met organisaties op verschillende werkvelden. We geven een samenvattend overzicht.

- Er zijn brede bijeenkomsten georganiseerd om de pilot in het werkveld te introduceren, voorlichting te geven over VGV, de onderlinge bekendheid te vergroten en verwachtingen over taken en verantwoordelijkheden rondom vroegsignalering en melding van VGV uit te wisselen en vast te leggen.
- Men heeft de publiciteit gezocht door het schrijven van artikelen, het geven van interviews voor de lokale of landelijke pers en de lokale omroep. De projecten hebben bij het 'op de agenda houden' van VGV gebruik gemaakt van de Nieuwsbrief Focal Point die door Pharos wordt uitgegeven.
- VGV is ondergebracht binnen bestaande stedelijke en/of instellingsprotocollen waarin de signalering, melding en afhandeling van kindermishandeling en/of huiselijk geweld is vastgelegd.
- Er zijn aandachtsfunctionarissen VGV aangesteld bij instellingen als Regiopolitie Bureau jeugdzorg/AMK, Raad voor de Kinderbescherming en gynaecologen van een ziekenhuis.
- In totaal 45 functionarissen namen deel aan de basistraining voor de justitiële/jeugdzorg ketenpartners; 32 van hen volgden ook de verdiepingstraining. In totaal 107 deelnemers volgden de training voor de medische ketenpartners. Deze trainingen zijn ontwikkeld door Pharos in samenwerking met FSAN.
- De projectteams hebben voorlichting gegeven binnen een groot aantal werkvelden (onderwijs, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, medische sector, justitiële en jeugdzorg ketenpartners, vrouwengroepen, welzijnsorganisaties en Vluchtelingenwerk).
- Verschillende projecten hebben de organisatie van de nazorg aan slachtoffers van VGV opgenomen binnen hun project.

De praktische ervaringen van de pilots hebben kennis opgeleverd over bevorderende en belemmerende factoren bij het versterken van de keten. Belangrijke bevorderende factoren zijn:

- Het benutten van het eigen netwerk en deskundigheid binnen de GGD.
- VGV is een thema dat zeer tot de verbeelding spreekt. Mensen zijn onder deze noemer te mobiliseren. De klankbordgroep in Den Haag is in dit verband een goed voorbeeld.
- Verloskundigen kunnen harde gegevens leveren (zien daadwerkelijk of vrouwen al dan niet besneden zijn). De JGZ kan slechts spreken van vermoedens, al dan niet bevestigd door de

vrouwen zelf. Verloskundigen kunnen het onderwerp ook gemakkelijker ter sprake brengen gezien de aard van hun werkzaamheden. De participatie van verloskundigen en gynaecologen aan de preventieve aanpak VGV dient daarom zowel lokaal als landelijk te worden gestimuleerd.

De borging van de ketensamenwerking heeft gestalte gekregen door de preventie van VGV onder te brengen bij de integrale aanpak HG en de lokale aanpak RAAK. De projecten zoeken ook naar de meest geschikte ingangen om VGV te borgen binnen de CJG's. De meeste projecten hebben maatregelen genomen/producten ontwikkeld waarmee de borging extra is gegarandeerd. Verder is mede voor de borging van de inzet van de ketenpartners van belang dat er structurele (geoordeelde) financiering beschikbaar komt voor de aanjaagfunctie en regierol preventie VGV (binnen de GGD) die behouden moet blijven.

3. Voorlichting door en voor de betrokken etnische groepen

De VGV projecten hebben hiervoor contacten gelegd met doelgroepen afkomstig uit een groot aantal risicolanden. Het proces om tot samenwerking met de zelforganisaties van deze doelgroepen te komen bleek echter niet gemakkelijk. De problemen spitsten zich toe op de rol van de GGD als projectleider en op de hoogte van de financiële vergoedingen. In de meeste gevallen is wel het gelukt om de verschillen in het eerste projectjaar te overbruggen. Een samenvatting van de uitgevoerde activiteiten en bevindingen ziet er als volgt uit:

- De pilotgemeenten hebben in totaal 81 sleutelpersonen aangesteld. De meesten volgden de basistraining van Pharos/FSAN; bijna de helft volgde ook de vervolstraining van Pharos/FSAN. Pharos heeft in samenwerking met FSAN ook twee bijeenkomsten georganiseerd voor religieuze leiders en een bijeenkomst voor bestuursleden van zelforganisaties.
- De sleutelpersonen hebben in de periode tot 1 december 2008 in totaal ruim 1000 huisbezoeken afgelegd. Sommige sleutelpersonen blijken de huisbezoeken prima te kunnen invullen, anderen hebben hier echter duidelijk moeite mee. Knelpunten zijn: het gevoelige karakter van het onderwerp; de beperkte toerusting van de sleutelpersonen; onvoldoende toerusting om ook in te kunnen gaan op andere vragen en problemen die binnen de doelgroep leven; het ontbreken van heldere richtlijnen over om te gaan met signalen van een reëel risico op meisjesbesnijdenis.
- De zelforganisaties/sleutelpersonen hebben in de periode tot 1 december 2008 in totaal 184 voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd waar VGV een centrale thema was. Hiermee zijn ruim 5500 mensen bereikt.
- VGV is geen onderwerp waar mensen gemakkelijk op af komen. De mogelijkheden voor het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten met VGV als centraal thema zijn mede om deze reden dan ook beperkt. Het onderwerp meisjesbesnijdenis is daarom ook tijdens verschillende soorten 'bredere' bijeenkomsten aan de orde gekomen. Aantallen over het bereik van deze activiteiten zijn niet te geven.
- Met name de projecten in de drie grote steden hebben ook radio uitzendingen en tv-uitzendingen verzorgd. Hiermee is een groot (internationaal) bereik gerealiseerd.
- Met meerdaagse empowermenttrainingen werden (in de periode tot 1 december 2008) in totaal 104 deelnemers bereikt. In totaal 376 deelnemers namen deel aan een workshop of eendaagse empowermenttrainingen.
- Enkele projecten hebben de nazorg ook opgenomen in hun projectuitvoering.

De ervaringen van de pilotprojecten hebben kennis opgeleverd over belangrijke bevorderende en belemmerende factoren. We noemen:

- De religieuze leiders dienen van het begin af aan actief te worden betrokken.
- Het is niet gelukt om in de grote steden, de (grote) Egyptische doelgroep te betrekken. Hiervoor dient een andere benadering ontwikkeld te worden.
- Er zijn twee typen bevorderende factoren voor de samenwerking tussen GGD en zelforganisaties. Enerzijds is er behoefte aan duidelijke, uniforme landelijke afspraken en kaders. Aan de andere kant zijn vindbaarheid, creativiteit en flexibiliteit belangrijke ingrediënten voor de samenwerking tussen GGD en de etnische doelgroepen.
- Alle projecten onderstrepen het belang van een brede gedifferentieerde benadering van het onderwerp meisjesbesnijdenis. Door afwisselend specifieke bijeenkomsten over meisjesbesnijdenis te organiseren en op andere momenten het onderwerp te integreren in bredere thematische bijeenkomsten, ontspanningsactiviteiten en tijdens feestactiviteiten bereiken de zelforganisaties méér mensen en een bredere groep mensen.
- De effectiviteit van de huisbezoeken wordt vergroot als meer wordt geïnvesteerd in de deskundigheid en in de toerusting van de sleutelpersonen.

De borging van de inzet van zelforganisaties krijgt veelal gestalte door verdere afspraken over hun inzet op te nemen in hun subsidievoorwaarden. Enkele projectteams geven daarbij aan dat men op gemeentelijk niveau de inzet van zelforganisaties ten behoeve van verschillende thema's vanuit een breder perspectief gaat benaderen. In Amsterdam is de voorlichting VGV ondergebracht binnen de HIV/ SOA voorlichting en langs deze weg geborgd. De inzet van de sleutelpersonen is in een aantal projecten (mede) geborgd door de sleutelpersonen of de taken van de sleutelpersonen onder te brengen binnen het takenpakket van de VETC-er of een soortgelijke functionaris.

5.2 Producten

In het kader van de pilotprojecten is een aantal producten ontwikkeld.

- Trainingen: voor de JGZ keten, medische keten, justitiële keten en de sleutelpersonen
- Materialen (instrumenten) ter ondersteuning van voorlichting: gespreksprotocol; lesmap meisjesbesnijdenis; signaalwijzer; waarschuwingsbrief (in verschillende talen) waarin staat uitgelegd dat meisjesbesnijdenis verboden is in Nederland, waarom dat zo is en wat de gevolgen kunnen zijn; fatwa; concept handelingsprotocol en het boek 'Zware dingen moet je voorzichtig duwen'.
- Sociale kaart preventie VGV van de pilotgemeenten (met uitzondering van Rotterdam hebben of krijgen alle steden een sociale kaart).
- Nieuwsbrieven.
- Digitale overdracht van verloskunde naar jeugdgezondheidszorg. Op het verslag van het ouder- en kindcentrum (Amsterdam) kan worden aangegeven of de moeder besneden is en is ruimte gemaakt om de met ouders besproken voorlichting over VGV te noteren.
- Folder- en postermaterialen, dvds voor professionals en de doelgroep (in verschillende talen).
- Rapportages van onderzoeken (uitgevoerd door Van Montfoort en door B&A Consulting).
- Verslagen van conferenties en studiebijeenkomsten.

Deze producten zijn te downloaden of aan te vragen via www.meisjesbesnijdenis.nl

5.3 De do's en don'ts: lessen voor toekomstige projectleiders preventie VGV

Aan de projectleiders/teams is gevraagd om op basis van 3 jaar ervaring met de lokale preventieve aanpak VGV vanuit de GGD, (inhoudelijke) aanbevelingen te formuleren voor nieuwe toekomstige projectleiders in het kader van de landelijke implementatie VGV.

Algemeen

- Een project als dit moet veel beter intern geborgd worden. Zorg voor landelijke aansturing van de regionale/lokale projecten die worden uitgevoerd vanuit de JGZ. Deze taak kan ondergebracht worden bij GGD Nederland, het RIVM of het NJI. De landelijke organisatie die aanstuurt kan zorgen voor een goede regie tussen projecten. De overlegstructuur kan geformaliseerd en gefaciliteerd worden (externe voorzitter, opstellen agenda, verzorgen notulen, verspreiding stukken etc.).
- Meerdere partners bij elkaar zetten in een klankbordgroep, zoals het pilotproject Den Haag heeft gedaan, werkt heel goed. Daarmee creëer je draagvlak binnen verschillende werkvelden. Neem ook sleutelpersonen op in de klankbordgroep (voor de dwarsverbindingen tussen de onderdelen van het project).
- Zorg voor gezamenlijke afspraken over definiëring van de omvang van de risicogroepen. Hiermee wordt voorkomen dat elke regio eigen aantallen hanteert. Welke meisje uit welke risicolanden behoren tot de risicogroepen, welke leeftijdsgrenzen worden gehanteerd en wat zijn de afspraken over de etnische afkomst van de ouders? Welke gegevensbronnen (landenoverzicht Pharos, CBS cijfers) worden gebruikt en wie bewaakt dat ontwikkelingen in de landen van herkomst worden verdisconteerd in de cijfers?.

Onderdeel 1: individuele voorlichting en vroegsignalering door de JGZ

- De JGZ 0-4 en 4-19 jaar moeten beide vertegenwoordigd zijn en vanaf het begin gezamenlijk met elkaar optrekken.
- Investeer eerst in de JGZ als je een VGV preventieproject gaat starten.
- Zorg voor een training van alle JGZ medewerkers (artsen en verpleegkundigen) waarin het bespreekbaar maken van VGV goed aan de orde komt en een cultuur wordt neergezet waarin het gewoon is om als JGZ'er kwesties rond seksualiteit te bespreken.
- Een verdiepingstraining met acteurs is ook aan te raden want oefenen is nodig.
- Stel een of meer bevlogen aandachtsfunctionarissen aan.
- Blijf ook na de training regelmatig aandacht besteden aan VGV en de gespreksvoering over VGV. Dit kan bijvoorbeeld via casusoverleggen, Opname VGV in kwaliteitsbeleid en intervisie.
- Het management moet de preventieve aanpak VGV faciliteren en bewaken dat er aandacht voor blijft.
- Bed de preventie van VGV structureel in binnen bestaande werkprocessen.
- Besteed bij elke nieuwe medewerker standaard aandacht aan VGV binnen het inwerkprogramma.

- Zorg dat VGV in het EKD wordt ingebouwd en dat er automatisch een melding komt wanneer een meisje of een van haar ouders uit een van de risicolanden komt.
- Voorkom dat je zaken administratief verwerkt zonder dat er verder iets mee gebeurt.
- Investeer in draagvlak binnen het kader van de bredere (keten)aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld.
- Werk vanuit bestaande activiteiten binnen de GGD. Creëer intern draagvlak en zoek ingangen van Sense tot SOA Aids preventie. Dit is zowel zinvol voor het bereik van de doelgroepen als voor het bereik van andere partijen (ketenaanpak).
- Zorg voor een goede afbakening tussen JGZ en AMK (het handelingsprotocol moet hier leidend zijn).

Onderdeel 2: verbeteren ketensamenwerking

- Een conferentie is een mooi begin.
- Steek in vanuit de inhoud. Meisjesbesnijdenis is een onderwerp dat aanspreekt
- Sluit van begin af aan veel meer aan bij bestaande netwerken rondom kindermishandeling, HG en relationeel geweld. Neem VGV op in de ketenaanpak kindermishandeling, zorg wel dat de specifieke aspecten van VGV niet ondersneeuwen in de aanpak kindermishandeling.
- Train de keten en blijf contact onderhouden. Sluit aan bij reguliere overleggen. Laat jezelf zien om het onderwerp levend te houden.
- Zorg voor een medisch geschoold contactpersoon vanuit het projectteam richting medische keten.
- Zorg voor vaste contactpersonen binnen de medische keten (een kinderarts, gynaecoloog).
- Zorg voor goede contacten met het AMK, maak duidelijke afspraken, zorg dat de regionale aandachtsfunctionaris persoonlijk bekend is bij de belangrijke ketenpartners.
- Zorg voor een gemeentelijk overzicht van relevante activiteiten. Bijv. In Eindhoven bleek de GGZ al jaren empowermenttrainingen te organiseren voor meisjes en vrouwen. Het duurde heel lang voordat het projectteam daarachter kwam. Iets nieuws toevoegen hoeft vaak niet.
- Zorg voor een nieuwsbrief (lokaal) enkele keren per jaar.

Onderdeel 3: voorlichting voor en door etnische groepen

- Betrek de zelforganisaties vanaf het begin bij het project maar zorg er wel voor dat je eerst zelf goed overzicht hebt en weet wat je wilt.
- Maak vanaf het begin helder wat de kaders zijn van het project, ook financieel.
- Stel je erop in dat het tijdrovend is om een goed structureel contact op te bouwen met zelforganisaties. Zorg dat er regelmatig contact is.
- Maak indien mogelijk gebruik van contacten die welzijnsorganisaties al hebben met de zelforganisaties uit risicolanden (soms worden verenigingen begeleid vanuit een welzijnsorganisatie).
- Ga na welke subsidierelaties er al zijn vanuit de gemeente met zelforganisaties en of je daarbij aan kunt sluiten.
- Zelforganisaties zijn vrijwilligersorganisaties, sommige zijn professioneler dan andere. Houd er rekening mee dat de minder professioneel georganiseerde zelforganisaties extra begeleiding nodig hebben. Neem dit mee in je aanpak.
- Zorg dat bestuursleden van zelforganisaties het project onderschrijven. Anders loop je het risico dat je inspanningen voor niets zijn geweest.

- Voorkom dat elke gemeente eigen afspraken gaat maken over financiering van activiteiten. Maak op centraal niveau afspraken over vaste bedragen voor huisbezoeken en voorlichting. Draag deze afspraken gezamenlijk uit naar alle gemeenten.
- Organiseer de verantwoording van uitgevoerde activiteiten zodanig dat declaraties en formulieren over verloop van activiteiten gecombineerd worden ingediend.
- Houd er rekening mee dat het bestuur van de zelforganisaties sleutelpersonen kan aanmelden zonder te selecteren op kwaliteit. Je moet dus zelf goed weten wat aan welke voorwaarden sleutelpersonen moeten voldoen (profiel schets/functieomschrijving).
- Bedenk dat sleutelpersonen breder in de regio inzetbaar zijn als de aanpak landelijk wordt uitgerold. Het is dus niet nodig om in elke gemeente sleutelpersonen te selecteren.
- Zorg voor training van de sleutelpersonen en maak gebruik van bestaande mogelijkheden voor verdere scholing.
- Voorkom dat er bij de training van sleutelpersonen alleen materiaal/achtergrondinformatie is over Somalië.
- Zorg voor goede aansturing, ondersteuning/stimulering, opvang en coaching van sleutelpersonen.
- Houd er rekening mee dat het soms veiliger is voor sleutelpersonen om individuele gesprekken niet bij de mensen thuis te houden maar hiervoor openbare gebouwen te gebruiken.
- Zorg voor aanwezigheid folders in eigen taal en achtergrondinformatie over verschillende landen.
- Overweeg om de sleutelpersonen onder te brengen bij het VETC team en voorafgaand aan het PGO (Periodiek Gezondheids Onderzoek) huisbezoeken te laten afleggen. Bij dit laatste is wel een voorwaarde dat duidelijk moet zijn hoe sleutelpersonen om moeten gaan met vertrouwelijke informatie en wat hun rol en positie is ten opzichte van de professionals.
- Vergeet het AZC³⁸ in de regio niet, daar heb je alle nieuwkomers bij elkaar. Leg een verbinding tussen voorlichting VGV en de activiteiten die in het kader van de PGA (Preventie Gezondheidszorg Asielzoekers) door de GGD worden uitgevoerd. VGV kan wellicht ook opgenomen worden in empowermenttrainingen die vanuit de COA³⁹ binnen de AZC's worden georganiseerd.
- Leg contacten met het de lokale organisatie van Vluchtelingenwerk. Ook langs deze weg kunnen nieuwkomers worden bereikt.

³⁸ Asielzoekerscentrum.

³⁹ Centrale Opvang Asielzoekers.

Bijlage 1 Literatuur

Burik, A.E. van, Elderman, E.R., Persoon, A.P.: Procesevaluatie projecten Meisjesbesnijdenis; rapportage eerste fase (januari 2006 - april 2007); Woerden, Adviesbureau Van Montfoort, september 2007.

Burik, A.E. van, Persoon, A.P: Procesevaluatie projecten meisjesbesnijdenis; rapportage tweede fase (april 2007 – april 2008); Woerden, Adviesbureau Van Montfoort, augustus 2008.

Burik, A.E. van, et al. Resultaten analyse meldingen VGV; Woerden, Adviesbureau Van Montfoort, februari 2009.

Haags pilotproject preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking; Verslag van het eerste projectjaar (2007).

Haridat J. Project AMBeR: Aanpak Meisjesbesnijdenis Rotterdam; Voortgangsrapportage 1 januari 2006 - 1 april 2008; Rotterdam.

Kwaak, A. van der, et al. Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes, inventarisatie en aanbevelingen. Amsterdam: Vrije Universiteit Medisch Centrum, 2003.

Koert, J. van, Rottier R., Bosch- van Toor, M.: 3 jaar pilots VGV (vrouwelijke genitale verminking) en nu? Evaluatie met een handreiking voor beleidsmakers; Den Haag, B&A Consulting, januari 2009.

Projectplannen van de zes gemeenten:

- Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking in Amsterdam; GGD Amsterdam Jeugdgezondheidszorg, 7 maart 2006.
- Aanpak preventie meisjesbesnijdenis in de Gemeente Rotterdam; Anthoinette Matulesy, GGD cluster Jeugd, sectie Beleid en Innovatie; Rotterdam, maart 2006,
- Haags pilotproject preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking; Februari 2006,
- Plan van aanpak Preventie vrouwelijke genitale verminking in de gemeente Den Haag. Gemeente Den Haag Dienst OCW november 2006,
- Projectvoorstel preventie meisjesbesnijdenis Tilburg, 2006 tot en met 2008, concept versie 2; GGD Hart voor Brabant,
- Projectplan "Aanpak meisjesbesnijdenis in Utrecht" GG&GD Utrecht, april 2006,
- Projectplan aanpak Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) Eindhoven, concept (niet gedateerd).

RVZ/Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking. Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking. Beleidsadvies (2005). Website: <http://www.commissie-fgm.nl>.

Toubia, N. Female circumcision as a public health issue. *The New England Journal of Medicine*, 1994, no. 15, p. 712-716.

WHO, 2000: factsheet female genital mutilation, nummer 241, juni 2000.

Bijlage 2

Aanvullende informatie VGV project Utrecht

De projectleider in Utrecht heeft ons onderstaande informatie verschaft over de activiteiten die het VGV project Utrecht in het voorjaar 2009 heeft gepland en/of uitgevoerd.

- Training voor gynaecologen, artsen in opleiding en verloskundigen tijdens refereeravond UMC op 16 juni. Verwacht wordt dat er 80 mensen aanwezig zullen zijn.
- Een voorlichtingsbijeenkomst op 4 april voor Eritrese mensen; er waren 90 vrouwen en 60 mannen aanwezig.
- Een voorlichtingsbijeenkomst op 2 mei voor Soedanese mensen; er waren 25 mannen en 10 vrouwen. Tijdens deze voorlichtingsbijeenkomst, die georganiseerd was door de Nubische vereniging, waren wij live op de radio in Noord-Soedan met een bereik van 600.000 mensen. O.a. een imam en een maatschappelijk werkster vertelden hun verhaal op de radio, plus een invloedrijke Soedanese zakenman die hier al 35 jaar woont en veel gezag geniet.
- Een voorlichtingsbijeenkomst op 16 mei voor Soedanese vrouwen, georganiseerd door de Soedanese vereniging Utrecht.
- Training voor sleutelfiguren van migrantenzelforganisaties op 6 juni en 20 juni.
- Er wordt een sociale kaart VGV gemaakt.