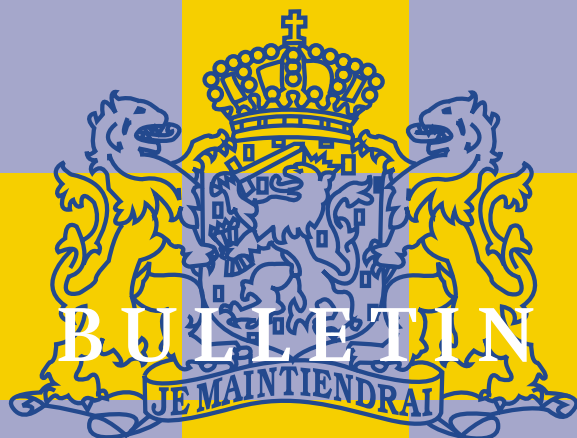


STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



Vrouwelijke genitale verminking

Den Haag, februari 2008

Inhoudsopgave

Samenvatting 4

- 1 Inleiding 5**
- 2 Wat is VGV 6**
 - 2.1 Vormen van VGV 7
 - 2.2 Gevolgen van VGV 7
- 3 Relevante wetgeving 8**
 - 3.1 Mensenrechten 8
 - 3.2 Strafrecht 8
 - 3.3 Gezondheidsrecht 8
 - 3.4 Kinder- en Jeugdrecht 9
- 4 Relevante veldnormen 10**
 - 4.1 Standpunten beroepsgroepen 10
 - 4.2 Meldcodes 12
 - Meldcode KNMG 12*
 - Meldcode KNOV 14*
 - Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis AJN 14*
 - 4.3 VGV bij volwassen vrouwen 15
- 5 IGZ-handhavingsnorm 17**
- 6 Informatie 18**

Bijlagen

- 1 Lijst van afkortingen 19
- 2 Melden bij de inspectie 20

Samenvatting

Het bulletin Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is een herziening van het bulletin dat de inspectie in 1994 heeft gepubliceerd.

In dit bulletin treft u uitleg aan over wat VGV is, welke vormen van VGV er zijn en wat de gevolgen kunnen zijn. Tevens vermeldt de inspectie in dit bulletin de relevante wetgeving en veldnormen en gaat zij nader in op de bestaande meldcodes.

De inspectie hanteert de volgende normen bij de handhaving:

- 1 Zorgverleners werken niet mee aan het uitvoeren van VGV en evenmin aan herinfibulatie, noch bij minderjarigen, noch bij volwassenen.
- 2 Uitvoering van VGV en/of herinfibulatie door een zorgverlener dient gemeld te worden aan de inspectie (zie bijlage 2). Een ieder die er kennis van draagt, kan dit melden bij de inspectie. Na beoordeling van de melding zal de inspectie aangifte doen bij het Openbaar Ministerie.
- 3 Elke zorgverlener die het vermoeden heeft dat een meisje mogelijk besneden gaat worden, geeft de ouder(s) van het meisje informatie over de in Nederland heersende opvattingen over VGV en over de strafbaarheid van deze ingreep.
- 4 De KNMG-meldcode inzake kindermishandeling is het toetsingskader voor elke zorgverlener die het vermoeden heeft van een aanstaande VGV bij het maken van de afweging of hij/zij het beroepsgeheim moet doorbreken met het melden van dit vermoeden bij het AMK.

1 Inleiding

In 1994 publiceerde de toenmalige Inspectie van de Volksgezondheid het bulletin *Informatie over vrouwenbesnijdenis*. Sinds 1994 is er veel veranderd. Vrouwelijke genitale verminking (VGV), zoals meisjes-/vrouwenbesnijdenis nu genoemd wordt, staat stevig op de maatschappelijke en politieke agenda.

Nieuwe gezondheidswetten en veldnormen zijn ontwikkeld.

Onderzoek, vele adviezen en een kabinetsstandpunt met parlementaire besluitvorming volgden. Inmiddels functioneert een Focal Point meisjesbesnijdenis en is er een gespreksprotocol voor de jeugdgezondheidszorg. Al deze ontwikkelingen zijn aanleiding voor een nieuwe, actuele versie van het bulletin Vrouwelijke genitale verminking.

2 Wat is VGV?

De World Health Organization (WHO) definieert vrouwelijke genitale verminking (VGV) als een gedeeltelijke of volledige verwijdering of elke andere beschadiging van de vrouwelijke genitaliën omwille van culturele of niet-therapeutische redenen.

Genitale verminking van meisjes en vrouwen is een ritueel dat dateert van voor de christelijke jaartelling. Dit ritueel is ontstaan in Afrika, maar inmiddels doet het zich wereldwijd voor. Het komt nu voor in zo'n dertig Afrikaanse landen, in een aantal landen in Azië (Indonesië en Maleisië) en het Midden-Oosten (Egypte en Jemen). Migratiestromen brachten VGV ook naar West-Europa en de Verenigde Staten. Daar was VGV overigens niet helemaal een onbekend verschijnsel: tot in de jaren vijftig van de vorige eeuw werd in delen van West-Europa en de VS het verwijderen van de clitoris als medische ingreep toegepast bij meisjes met hysterische klachten.

Over het voorkomen van VGV zijn geen exacte cijfers beschikbaar. Geschat wordt dat wereldwijd jaarlijks twee tot drie miljoen besnijdenissen plaatsvinden. In totaal zijn er op de wereld volgens de WHO 100 - 140 miljoen vrouwen met een genitale verminking. De Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) deed onderzoek naar de omvang van VGV in Nederland en rapporteerde in 2005 dat jaarlijks tenminste vijftig meisjes worden besneden. De meest ernstige vorm, infibulatie, komt niet of nauwelijks meer voor in Nederland. VGV vindt doorgaans plaats bij jonge meisjes en verschilt per land en naar het achterliggende motief voor de ingreep.

2.1 Vormen van VGV

De WHO heeft vier vormen van VGV gedefinieerd:

- Type 1: verwijdering van de voorhuid van de clitoris met of zonder gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris. Dit noemt men ook wel circumcisie of clitoridectomie.
- Type 2: verwijdering van de clitoris met gedeeltelijke of volledige verwijdering van de kleine schaamlippen, ook wel excisie genoemd.
- Type 3: verwijdering van de clitoris en van de uitwendige genitalia en hechten/vernauwen van de vagina. Dit noemt men ook wel infibulatie of faraonische besnijdenis.
- Type 4: overige (meng)vormen zoals prikken, piercen, uitrekken of snijden in clitoris en/of schaamlippen, het aanbrengen van brandwonden, inbrengen van bijtende stoffen of kruiden in de vagina.

In verband met VGV worden ook nog de termen defibulatie en herinfibulatie gehanteerd. Defibulatie is het vergroten van de opening of het opheffen van de vernauwing, meestal voor het huwelijk of de bevalling. Herinfibulatie is het opnieuw hechten van de resterende delen van de schaamlippen, onder meer na een bevalling.

2.2 Gevolgen van VGV

Het gaat bij alle vormen van VGV om ernstige, onherstelbare vormen van lichamelijk letsel. De kans op lichamelijke en psychische klachten is groot; complicaties doen zich vaak voor. Vroege complicaties zijn vooral overmatig bloedverlies, beschadiging van plasbuis (wat in het ergste geval incontinentie kan veroorzaken), anus en vaginawanden en het optreden van ontstekingen.

Late complicaties kunnen uitgebreid en complex zijn: chronische infecties van blaas en vagina met mogelijk opstijgende infecties naar nieren en inwendige geslachtsorganen, pijn bij coïtus, onvruchtbaarheid en ernstige problemen bij de bevalling. Psychische klachten doen zich veelal voor in de vorm van problematische seksuele beleving.

3 Relevante wetgeving

3.1 Mensenrechten

In zowel het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens (EVRM) als in het Internationale Verdrag inzake de rechten van het kind (IVRK) wordt bepaald dat maatregelen genomen moeten worden om het kind te beschermen tegen alle vormen van geweld, waaronder letsel en mishandeling.

In artikel 10 van de Nederlandse Grondwet is het recht op lichamelijke en geestelijke integriteit vastgelegd.

3.2 Strafrecht

VGV is in Nederland strafbaar als mishandeling met een leeftijdsgrens van 18 jaar (artt. 300 e.v. Wetboek van Strafrecht) of onder het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst (artikel 436 Wetboek van Strafrecht).

Naast degene die de besnijdenis uitvoert zijn, ook strafbaar de personen die deze handelingen mede plegen of uitlokken of medeplichtig zijn (opdracht geven, ervoor betalen of de middelen ervoor verstrekken). Het Nederlandse strafrecht geldt ook voor Nederlanders en vreemdelingen die in Nederland wonen en zich in het buitenland schuldig maken aan VGV, ook als de besnijdenis is uitgevoerd in een land waar dat niet strafbaar is.

Verder heeft het Kabinet voorgesteld de verjaringstermijn pas te laten ingaan op het moment dat het slachtoffer de leeftijd van 18 jaren heeft bereikt.

3.3 Gezondheidsrecht

Een beroepsbeoefenaar die ingeschreven staat in het BIG-register is onderworpen aan de tuchtrechtspraak als hij handelt of nalaat in strijd

met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten of in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg (artikel 47 Wet BIG). Het toebrengen van schade aan iemands gezondheid kan eveneens onder de strafbepalingen van de Wet BIG vallen (artt. 96 e.v. Wet BIG).

In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is vastgelegd dat de hulpverlener de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen, handelend in overeenstemming met de geldende professionele standaard (art. 7:453 Burgerlijk Wetboek).

3.4 Kinder- en Jeugdrecht

In de Wet op de Jeugdzorg kan VGV geschaard worden onder het begrip kindermishandeling.

Deze wet draagt bij aan de bescherming van het kind door aan de Bureaus Jeugdzorg de taak op te dragen om te fungeren als advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK).

4 Relevante veldnormen

4.1 Standpunten beroepsgroepen

In navolging van de WHO is de officiële omschrijving “vrouwelijke genitale verminking”. Vanwege de leesbaarheid hebben de meeste beroepsgroepen ervoor gekozen om de term vrouwen- of meisjesbesnijdenis te blijven hanteren. In onderstaande veldnormen komt de term VGV dan ook niet voor.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) stelt in zijn standpunt inzake vrouwen- en meisjesbesnijdenis (1992) dat artsen niet kunnen meewerken aan het uitvoeren van een verminkende besnijdenis bij minderjarige vrouwen en meisjes. Alle vormen van besnijdenis – ook het insnijden van de voorhuid van de clitoris – worden daarbij geacht verminkend te zijn. Mocht er een verzoek gedaan worden tot herinfibulatie, dan zal de arts zich primair moeten richten op een vulva-reconstructie en zal hij/zij moeten afzien van een herinfibulatie.

Begin 2004 heeft de KNMG haar standpunt herbevestigd.

De KNMG heeft eveneens besnijdenis bij volwassen vrouwen afgewezen.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) formuleerde in 1992 haar standpunt over vrouwenbesnijdenis. In 2003 heeft het bestuur van de NVOG dit standpunt herbevestigd.

De NVOG wijst iedere vorm van vrouwenbesnijdenis af. Wanneer een arts/gynaecoloog geconfronteerd wordt met een verzoek tot het toepassen van besnijdenis, zal hij/zij dat verzoek afwijzen.

Aanvullend op dit standpunt stelt het bestuur van de NVOG dat er geen gronden aanwezig zijn om onderscheid te maken tussen verminkende en niet-verminkende vormen van vrouwenbesnijdenis.

Volledigheidshalve geeft het bestuur aan dat het standpunt betekent dat tijdens een vaginale bevalling van een vrouw die eerder een infibulatie onderging, de arts het nodig kan achten het littekenweefsel met een

episiotomie te openen. In die omstandigheden dient de arts aan het eind van de bevalling niet te proberen de infibulatie te reconstrueren. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) publiceerde in maart 2007 haar nieuwe standpunt. De KNOV beschouwt elke vorm van meisjes- en vrouwenbesnijdenis als verminking en als schending van mensenrechten met grote gevolgen voor de fysieke en psychische gezondheid van meisjes en vrouwen. Meisjesbesnijdenis moet daarom krachtig bestreden worden. De zorgverlening aan vrouwen die besneden zijn, is respectvol en gericht op het beperken van verdere schade ten gevolge van besnijdenis. Met voorlichting en zorgvuldige begeleiding leveren verloskundigen een bijdrage aan preventie van meisjesbesnijdenis. Verzoeken om na de bevalling de vulva zodanig te hechten dat de vaginale opening weer even klein is als voor het huwelijk, kunnen niet worden ingewilligd. Een zorgvuldige uitleg over de nadelen van een kleine vaginale opening voor de gezondheid van de vrouw en het seksuele leven van beide partners, zal de vrouw en haar partner duidelijk moeten maken dat het construeren van een kleine vaginale opening onwenselijk is. Het KNOV-standpunt beperkt zich niet tot een stellingname, maar biedt verloskundigen een concrete leidraad voor een professionele houding en zorgvuldige handelwijze bij de zorg aan vrouwen die in hun jeugd een besnijdenis hebben ondergaan.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft geen eigen standpunt geformuleerd. Zij verwijst naar het standpunt van de NVOG.

Het bestuur van GGD Nederland bracht in 2004 – aansluitend bij het stappenplan ‘Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken’ van de Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) – een standpunt uit over de rol van de GGD/ Stichting MOA bij de preventie en bestrijding van meisjesbesnijdenis. Het bestuur beschouwt meisjesbesnijdenis als een bijzondere vorm van kindermishandeling. De rol van de Medische Opvang Asielzoekers en de GGD bij de preventie en bestrijding van meisjesbesnijdenis sluit dan ook aan bij de rol die zij al

bij kindermishandeling vervullen. De preventieve werkzaamheden van GGD/MOA vinden plaats op basis van vrijwilligheid. Bij ernstige vermoedens van een aanstaande besnijdenis wordt het AMK of eventueel de Raad voor de Kinderbescherming ingeschakeld. Het ernstige vermoeden wordt geregistreerd in het Integraal Dossier JGZ.

4.2 Meldcodes

In de Wet op de Jeugdzorg is het recht vastgelegd om (een vermoeden van) kindermishandeling te melden. De zorgverlener zal in ieder afzonderlijk geval een afweging moeten maken over de noodzaak om het beroepsgeheim te doorbreken.

Meldcode KNMG

Om artsen een toetsingskader te bieden bij het maken van die afweging heeft de KNMG in 2002 de Meldcode inzake kindermishandeling uitgebracht. De samenvatting uit deze meldcode van de belangrijkste door een arts te ondernemen c.q. te overwegen stappen luidt als volgt:

“De arts die het vermoeden heeft dat een kind het slachtoffer is geworden van kindermishandeling, onderneemt stappen die ertoe zullen leiden dat de diagnostiek die noodzakelijk is voor het verifiëren van zijn vermoeden, zo goed mogelijk wordt verricht. Een arts die het vermoeden heeft dat een kind het slachtoffer is van kindermishandeling, dient daarover in geval van twijfel een terzake kundig collega, bij voorkeur een kinderarts of een vertrouwensarts inzake kindermishandeling te consulteren. Daarbij verstrekt de arts aan de te consulteren collega uitsluitend geanonimiseerde gegevens. Neemt collegiale consultatie de twijfel niet weg, dan doet de arts er goed aan advies in te winnen bij (de vertrouwensarts van) het AMK. Bij het vragen van advies verstrekt de arts eveneens uitsluitend geanonimiseerde gegevens aan het AMK. Wel vermeldt hij zijn eigen naam en werkadres. Het AMK verstrekt de arts een deskundig advies over de aanpak van (het vermoeden van) de kindermishandeling.

Een arts die weet of op redelijke gronden vermoedt dat sprake is van kindermishandeling, kan daarvan melding doen aan het AMK. Het AMK stelt een onderzoek in en wordt mede verantwoordelijk voor de aanpak van (het vermoeden van) kindermishandeling.

De arts vraagt zo mogelijk kind en/of ouders om toestemming voor het verstrekken van de relevante gegevens aan een AMK. De arts kan deze echter ook zonder toestemming aan het AMK verstrekken. Dit betekent dat de arts zijn beroepsgeheim moet schenden. Dit is gerechtvaardigd indien en voorzover dat noodzakelijk is om kindermishandeling te doen stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te doen onderzoeken.

Voor de vraag of van een dergelijke situatie sprake is, hanteert de arts de volgende zes toetsingscriteria.

- 1 Het is niet mogelijk om toestemming te vragen dan wel te verkrijgen.
- 2 De arts is in gewetensnood door zijn beroepsgeheim te handhaven.
- 3 Het niet-doorbreken van het beroepsgeheim kan voor het kind (verdere) ernstige schade opleveren.
- 4 Het doorbreken van het beroepsgeheim kan (verdere) ernstige schade aan het kind voorkomen.
- 5 Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.
- 6 De arts ziet geen andere weg dan doorbreking van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen.

De arts kan (vermoedens van) kindermishandeling onder vermelding van redenen ook anoniem aan het AMK melden. In zo'n geval verstrekt het AMK aan de bij de kindermishandeling betrokken personen geen informatie die kan leiden tot herkenning van de arts/melder.

Indien sprake is van een ernstig bedreigende situatie voor het kind die onmiddellijk ingrijpen vereist, kan de arts de melding ook doen aan de Raad voor de Kinderbescherming. De arts vraagt zo mogelijk het kind en/of diens ouders om toestemming. De arts kan echter ook zonder toestemming melden wanneer en voorzover dit noodzakelijk is om de kindermishandeling onmiddellijk te voorkomen en/of te doen stoppen. Een arts die werkzaam is in een instelling en op enigerlei wijze bekend is geworden dat een bij die instelling werkzame andere persoon zich

mogelijk schuldig maakt of heeft gemaakt aan kindermishandeling, stelt het bestuur van de instelling daarvan onmiddellijk in kennis.”

Meldcode KNOV

De meldcode kindermishandeling van de KNOV van februari 2007 sluit – al is zij toegespitst op het werk van verloskundigen – aan bij die van de KNMG. De KNOV-meldcode besteedt aan meisjesbesnijdenis, als een bijzondere vorm van kindermishandeling, apart aandacht:

- 1 De verloskundige die constateert dat een zwangere besneden is, bespreekt met de zwangere de gevolgen daarvan voor zwangerschap en bevalling. Ze verwijst de zwangere zonedig door voor secundaire preventie. Daarnaast verifieert de verloskundige of de zwangere haar eventuele dochter later ook zou laten besnijden. De verloskundige verstrekt de zwangere voorlichting over het strafbare karakter en de schadelijke gevolgen van meisjesbesnijdenis.
- 2 In het kader van preventie is het wenselijk dat de verloskundige de JGZ informeert over de besnijdenis van de moeder. Hiervoor heeft de verloskundige de toestemming van de moeder nodig.
- 3 Bij concrete vermoedens van een op handen zijnde besnijdenis kan de verloskundige daarvan ook melding maken aan het AMK. Daarbij hanteert zij dezelfde criteria als die van de meldcode van de KNMG, met uitzondering van het door de KNMG vermelde criterium – gewetensnood – dat de KNOV niet noemt.

Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis AJN

De AJN heeft, in samenwerking met de Federatie Somalische Associaties Nederland (FSAN), GGD Nederland, Pharos en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT nu Actiz), in 2005 – als uitwerking van een onderdeel van het al eerder uitgebrachte stappenplan – een gespreksprotocol meisjesbesnijdenis opgesteld. Jeugdartsen en -pleegkundigen van de thuiszorg, de GGD'en en de MOA gebruiken dit protocol. Het gespreksprotocol geeft aan hoe moet worden gehandeld bij vermoedens van (een op handen zijnde) besnijdenis en wanneer gemeld moet worden aan het AMK. In die zin is het protocol ook te beschouwen als een meldcode, waarin de door de zorgverlener te

maken afweging meer is geobjectiveerd dan in de meldcode van de KNMG.

Het protocol geeft voor acht contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg met meisjes uit risicolanden aan welke aandachtspunten van belang zijn voor het voeren van een gesprek over meisjesbesnijdenis, wanneer een risico-inventarisatie moet plaatsvinden, welke voorlichting gegeven moet worden en wanneer gemeld moet worden bij het AMK. Als gemeld wordt aan het AMK wordt dit vooraf aan de ouders meegedeeld. Aan het protocol is een beslisboom toegevoegd.

4.3 VGV bij volwassen vrouwen

De meeste VGV vinden plaats bij meisjes: soms bij zuigelingen, soms aan het begin van de puberteit, maar vrijwel altijd voor de eerste menstruatie. De regelgeving en de aandacht voor preventie betreft dan ook in hoofdzaak de VGV bij een minderjarige.

In geval van een verzoek om VGV door een wilsbekwame vrouw (boven de 18 jaar) is een aantal van de bovenbeschreven regelingen niet van toepassing. Zo stelt het Wetboek van Strafrecht aan het mishandelingsdelict van artt. 300 e.v. een leeftijdsgrens van 18 jaar. De genoemde meldcodes hebben eveneens geen betrekking op volwassen vrouwen. Dit laat naar het oordeel van de inspectie onverlet dat ook bij een volwassen vrouw geen VGV kan worden uitgevoerd. Ook herinfibulatie na de bevalling moet worden geweigerd.

Het verbod sluit aan bij het ondubbelzinnige standpunt van de WHO om geen enkele vorm van VGV te verrichten. De WHO stelt dat zorginstellingen hiervoor ook geen faciliteiten beschikbaar moeten stellen. Medicalisering van de ingreep (om ondeskundig uitgevoerde VGV te vermijden) neemt de schade van de verminking niet weg en kan bovendien een schijn van legitimering wekken.

Er vinden in Nederland steeds meer plastisch chirurgische ingrepen plaats, ook in het genitale gebied, veelal op esthetische indicatie. De grens tussen correctieve plastische chirurgie en VGV is in theorie

helder: reductie of verwijdering van de clitoris (inclusief incisie van de voorhuid) wordt afgewezen tenzij er sprake is van een genetisch zeer afwijkende clitoris.

De inspectie heeft de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) verzocht veldnormen op te stellen over ingrepen aan de vrouwelijke genitalia met een duidelijke stellingname over de daarbij in acht te nemen grenzen.

Ook heeft de inspectie de NVPC gevraagd een duidelijk standpunt in te nemen over vrouwenbesnijdenis en daarbij aan te sluiten bij het standpunt van de KNMG en de NVOG.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg neemt het standpunt van de KNMG en de NVOG bij haar handhaving over.

5 IGZ-handhavingsnorm

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) komt op basis van de voorgaande paragrafen tot de volgende handhavingsnorm:

- 1 Zorgverleners werken niet mee aan het uitvoeren van VGV en evenmin aan herinfibulatie, noch bij minderjarigen, noch bij volwassenen.
- 2 Uitvoering van VGV en/of herinfibulatie door een zorgverlener dient gemeld te worden aan de inspectie (zie bijlage 2). Een ieder die er kennis van draagt, kan dit melden bij de inspectie. Na beoordeling van de melding van besnijdenis bij een vrouw jonger dan 18 jaar zal de inspectie aangifte doen bij het Openbaar Ministerie.
- 3 Elke zorgverlener die het vermoeden heeft dat een meisje mogelijk besneden gaat worden, geeft de ouder(s) van het meisje informatie over de in Nederland heersende opvattingen over VGV en over de strafbaarheid van deze ingreep.
- 4 De KNMG-meldcode inzake kindermishandeling is het toetsingskader voor elke zorgverlener die het vermoeden heeft van een aanstaande VGV bij het maken van de afweging of hij/zij het beroepsgeheim moet doorbreken met het melden van dit vermoeden bij het AMK.

6 Informatie

Het Focal point meisjesbesnijdenis geeft informatie over alle vragen over meisjesbesnijdenis.

Het Focal point is op werkdagen van 12 tot 17 uur bereikbaar voor consultatie, informatie en advies (030 234 9800).

Het Focal Point geeft op werkdagen antwoord op vragen per e-mail focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl.

Het Focal point heeft de beschikking over een sociale kaart, literatuuroverzichten en literatuur (onder meer in het informatie- en documentatiecentrum van Pharos, 030 234 9807, infodoc@pharos.nl).

Het Focal point voorziet de website www.meisjesbesnijdenis.nl van de nieuwste kennis en informatie over meisjesbesnijdenis.

BIJLAGE 1 Lijst van afkortingen

AJN	Artsen(vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMK	Advies- en meldpunt kindermishandeling
BW	Burgerlijk Wetboek
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens
FSAN	Federatie Somalische Associaties Nederland
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (thans: Actiz)
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VGW	Vrouwelijke genitale verminking
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization

BIJLAGE 2 Melden bij de inspectie

Een ieder aan wie bekend is dat een zorgverlener VGV en/of herinfibulatie heeft uitgevoerd, meldt dit bij het IGZ-loket.

Telefonisch: 088 120 5000, van maandag tot en met vrijdag tussen 9 en 17 uur.

Per fax: 088 120 5001.

Per e-mail: loket@igz.nl

Per post: IGZ-loket

Postbus 2680

3500 GR Utrecht

Een digitaal formulier vindt u op www.igz.nl

Op deze site staat ook de werkwijze van de inspectie beschreven na het ontvangen van een melding (rubriek 'Loket' – melding maken – melden, en dan? – leidraad meldingen)