

# Focal point meisjes- besnijdenis

## Nieuwsbrief

In dit nummer ondermeer

Cijfers CBS over risicogroep

Verslag Girl Child Conferentie

TNO onderzoek verloskundigenpraktijken

Voors en tegens polikliniek vgv

Evaluatierapporten vgv-projecten

## Risicogroep in Nederland: bijna 25.000 meisjes

**In Nederland wonen ongeveer 25.000 meisjes tussen nul en twintig jaar, die een vader en/of moeder hebben uit een land waar meisjesbesnijdenis veel voorkomt. Tot deze telling kwam het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dit jaar. Tot nu toe werd uitgegaan van een risicogroep van 16.000 meisjes.**

**D**e meeste meisjes uit deze risicogroep komen uit Egypte, Ghana, Soedan en Somalië. Het aantal meisjes van nul tot twintig jaar uit deze vier landen die in Nederland wonen is 13.438. In totaal bestaat de uit risicolanden afkomstige gemeenschap in Nederland uit iets meer dan 125.000 mannen en vrouwen. Dit is de doelgroep voor preventieactiviteiten.

Het schema op pagina 2 laat zien hoeveel procent van de vrouwelijke bevolking in de landen van herkomst vrouwelijke genitale verminking ondergaan. Voorlichtingsactiviteiten, kennismaking met andere normen en waarden, het aanbod van andere kennisbronnen, wetgeving en de ontwikkelingen in het land van herkomst maken dat de prevalentie in Nederland aanzienlijk lager zal zijn. Hoe laag is niet bekend: er is geen onderzoek gedaan naar hoeveel in Nederland woonachtige meisjes besneden worden. Een schatting van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft in 2005 gesteld dat het

minimaal 50 meisjes per jaar zijn. Prevalentiecijfers koppelen aan de hoeveelheid meisjes die vanuit dat land in Nederland woonachtig zijn leveren geen betrouwbaar beeld op. Een voorbeeld. In Ghana wordt 4% van de meisjes besneden. In het Oosten is een gemeenschap waar de prevalentie boven de 80% ligt, terwijl het in andere gebieden helemaal niet voorkomt. Aan de andere kant is afkomstig zijn uit een gemeenschap waar het besnijden van meisjes geen gebruik is, geen garantie voor de veiligheid van een meisje: als een vrouw trouwt met een man uit een gemeenschap waar het wel voorkomt, lopen zij en haar toekomstige dochter een risico.

De cijfers geven de grootte van de groep aan, maar bieden dus geen uitsluitel. De 25.000 meisjes behoren tot een risicogroep, maar of er daadwerkelijk een risico is hangt af van haar familie, en niet van haar land van herkomst.

verder op • pag 2

### Laatste op papier

Dit is de laatste nieuwsbrief op papier. Voortaan zal deze nieuwsbrief in digitale vorm verschijnen. Meld je aan en ontvang voortaan de Focal point nieuwsbrief via e-mail. Zie [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl) en pagina 8 van deze nieuwsbrief.

## Risicogroepen in Nederland

Land van Herkomst	Prevalentie*	Aantal mannen (2009)	Aantal vrouwen** (2009)	Aantal vrouwen 0 - 20 jaar (2009)
Benin	17%	221	124	60
Burkina Faso	73%	263	200	103
Centraal-Afrikaanse Republiek	26%	33	33	13
Congo (Democratische Republiek)	5-13%	4.055	3.834	1.773
Djibouti	93%	75	112	54
Egypte	96%	12.321	7.655	4.081
Eritrea	89%	556	596	221
Ethiopië	74%	5.834	5.112	1.843
Gambia	78%	475	308	174
Ghana	4%	9.809	9.924	3.826
Guinee	96%	2.193	1.091	541
Guinee-Bissau	45%	193	141	49
Ivoorkust	42%	787	594	269
Jemen	23%	315	205	103
Kameroen	1%	1.201	1.207	491
Kenia	32%	1.356	1.607	654
Liberia	45%	1.813	1.250	648
Mali	92%	119	133	67
Mauritanië	72%	355	82	46
Niger	2%	267	109	52
Nigeria	19%	5.147	4.306	2.210
Senegal	28%	895	603	307
Sierra Leone	94%	4.000	2.008	913
Soedan	90%	3.998	2.400	1.133
Somalië	98%	11.753	10.045	4.398
Tanzania	15%	953	976	445
Togo	6%	1.035	619	285
Tsjaad	45%	98	57	26
Uganda	1%	750	673	200
<b>Totaal</b>		70.870	56.004	24.985

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 22-7-2009

\*WHO, 2008

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

## Girl Child Conference: aandacht voor geweld tegen meisjes

**'Making Recommendations Work – The Girl Child Conference' werd dit voorjaar gehouden in het Kurhaus te Scheveningen. Een vijftal ministeries, waaronder Buitenlandse zaken en vws, spraken er samen met UNICEF Innocenti Research Centre over geweld tegen meisjes in de huiselijke sfeer en de familie.**

Lichamelijk en emotioneel geweld, seksueel misbruik en schadelijke culturele en traditionele praktijken zijn voor kinderen en met name voor meisjes overal ter wereld aan de orde van de dag. Het doel van de conferentie is om aandacht voor de problematiek te vergroten en stappen voorwaarts te maken naar de uitbanning van geweld tegen meisjes. Vrouwelijke genitale verminking kreeg speciale aandacht.

Staatsecretaris Bussemaker noemde in haar toespraak drie speerpunten:

- 1 Slachtoffers moeten onmiddellijke toegang hebben tot onderdak, ook in vlucht. Wij moeten hen die in gevaar zijn, beschermen. Dat kan een zaak van leven of dood zijn.
- 2 Slachtoffers én plegers dienen, ongeacht het type geweld, vroegtijdig, snel en effectieve hulp te ontvangen zodat zij de mogelijkheid hebben om hun leven voort te zetten, zonder geweld.
- 3 Professionals zijn in staat om in een vroeg stadium het risico van geweld in een afhankelijkheids relatie te identificeren, en ze weten hoe ze het moeten voorkomen. Volgens de staatssecretaris bestaat de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties uit een aantal stappen, die alleen effectief zijn als ze als een compleet programma uitgevoerd worden. Deze stappen zijn onder meer voorlichting en preventie, vroegtijdig signaleren, hulpverlening, onderdak, vervolging, herstel- en nazorg.

De seminar over vrouwelijke genitale verminking had als titel: *Power of the community* (de kracht van de gemeenschap). Verschillende internationale deskundigen hielden een presentatie en gaven hun visie op de (internationale) strijd. Hieronder een opsomming van de belangrijkste opmerkingen:

Mevrouw Francesca Moneti, senior specialist Unicef stelt:



FOTO: TOSTAN INTERNATIONAL

Molly Melching (links)

- 1 Expliciete openbare uitspraken tegen vrouwelijke genitale verminking is nodig om gedragsverandering te bewerkstelligen en nieuwe sociale normen te ontwikkelen
- 2 Vrouwelijke genitale verminking moet niet als een op zichzelf staand issue aangepakt worden. Aanpak moet gebaseerd zijn op laagdrempelige strategieën van lokale gemeenschappen met een mensenrechten perspectief, en de aanpak moet ook bestaan uit voorlichting en gesprekken over mensenrechten.
- 3 Het sociale klimaat zou verandering mogelijk moeten maken en deze ondersteunen: een geïntegreerde strategie op nationaal niveau

Mevrouw Molly Melching, de directeur van Tostan te Senegal, stelt:

- 1 Openbare getuigenissen tegen vrouwelijke genitale verminking kwamen in Zuid Senegal na drie jaar intensieve voorlichting
- 2 Iedereen moet bij het proces betrokken worden: een verbinding tussen de gemeenschappen in de diaspora in Europa en de Verenigde Staten is wenselijk.
- 3 Het inzetten van sms-netwerkacties is effectief in de bestrijding van vrouwelijke genitale verminking
- 4 Sociale consensus leidt tot een blijvende verandering
- 5 Tostan streeft naar een complete afschaffing van vrouwelijke genitale verminking in Senegal in 2012.

Mevrouw Khady Koita, president van Euronet-FGM is van mening dat:

- 1 De lokale risicogemeenschappen moe- verder op • pag 4

ten veel meer betrokken worden bij de aanpak

- 2 Elementen uit succesvolle methodieken uit Afrika kunnen we gebruiken in Europa, maar de methodes zijn niet te kopiëren
- 3 De brug tussen Afrika en Europa is heel belangrijk
- 4 Een integrale aanpak is noodzakelijk
- 5 Preventie moet hand in hand gaan met wetshandhaving.

Mevrouw Mona Amin, Directeur FGM Free Village Model, Egypte

- 1 Alle landen zijn verschillend, gebruik dus de terminologie en de insteek die past bij jouw land
- 2 Jongeren zijn de 'Agents of Change'
- 3 Nieuwe media zijn krachtige instrumenten om te gebruiken
- 4 *Commitment* van de overheid is heel belangrijk
- 5 In één generatie kan vrouwelijke genitale verminking uitgebannen worden.

De presentaties en stellingen van de deskundigen hebben geleid tot pittige gesprekken. Naast de items die

door de deskundigen genoemd zijn worden onder meer de volgende aanbevelingen gedaan:

- 1 Ontwikkel een netwerk van inter-religieuze geleerden;
- 2 Zet beroemde 'rolemodels' in als Agent of Change
- 3 Versterk bestaande netwerken
- 4 Wees ervan verzekerd dat het geld de 'grassrootlevel' bereikt
- 5 Voor de Verenigde Naties: Zorg voor goede, eenduidige prevalentiecijfers

De algehele conclusie van dag is dat de diaspora gemeenschappen verstoken blijven van de ontwikkelingen in hun land van herkomst. Voor deze groep is het slaan van een brug noodzakelijk, om gemeenschappen in Europa en de Verenigde Staten te inspireren om actie te ondernemen opdat meisjes niet meer besneden worden. Zien wat er in je land van herkomst gebeurt stimuleert om een eigen strategie te ontwikkelen, aangepast aan de eigen context.

Staatssecretaris Bussemaker heeft eerder al aangekondigd heil te zien in dergelijke initiatieven. Binnenkort zal zij verdere plannen hierop bekendmaken. ●

## Onderzoek Nederlandse verloskundigenpraktijken

**In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft tno onderzoek gedaan onder alle verloskundigenpraktijken naar het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking. Meer dan 500 praktijken hebben gemeld hoeveel besneden vrouwen zij dat jaar in zorg hebben gehad. In 2008 zijn volgens het CBS 1.500 vrouwen uit risicolanden bevallen. Verloskundigen hebben 1.200 vrouwen uit risicolanden in hun praktijk gehad, 470 van hen hadden een genitale verminking ondergaan.**

Uit die gegevens concludeert tno dat vier van de tien zwangere vrouwen uit risicolanden die bevalen in Nederland, besneden zijn. Dit is lager dan verwacht, want in de landen van herkomst is dat vaak negen op de tien vrouwen. De onderzoekers van tno geven zelf als mogelijke verklaring voor het lage aantal dat ruim de helft van de vrouwen tijdens de zwangerschap

wordt doorgestuurd naar de gynaecoloog, of al in behandeling zijn bij een gynaecoloog en daar bij zwangerschap alle controles laten uitvoeren. Een derde mogelijkheid zou de opzet van het onderzoek kunnen zijn: verloskundigen rapporteerden achteraf en moesten vooral vertrouwen op hun geheugen.

Uit casuïstiek vanuit de justitiële keten blijkt dat het lastig kan zijn om de mildste vorm te detecteren. Een klein wondje op een schaamlip waarbij wel enkele druppels bloed gevloeid hebben is, als het wondje geheeld is, moeilijk vast te stellen. Ook deze vorm is verboden en kan vervolgd worden. Het is denkbaar dat de verloskundigen, zeker als ze er niet naar op zoek waren, de mildste vorm niet hebben gezien. Voor het medische dossier is daar ook geen noodzaak voor: deze vorm zal de bevaling of zwangerschap niet of nauwelijks beïnvloeden. Voor het vaststellen van de grootte van de groep van besneden vrouwen is het wel noodzakelijk dat alle vormen meegeteld worden. ●

# Medische zorg voor vrouwen die besneden zijn

**De afgelopen jaren is er veel aandacht voor het voorkomen van vrouwelijke genitale verminking. Daarbij is door verschillende vertegenwoordigers van zelforganisaties naar voren gebracht dat er behoefte is aan zorg voor vrouwen die al besneden zijn. Een zorg die extra inspanning vraagt. Wat zou dit moeten inhouden en hoe zou deze zorg georganiseerd moeten worden?**

**T**ijdens een focalpoint bijeenkomst op 18 juni jl. zijn deze vragen besproken met een aantal betrokkenen en deskundigen. De manier waarop deze specialistische zorg voor deze groep georganiseerd is in Italië (Dr. Omar Abdulcadir uit Florence) en Verenigd Koninkrijk (videomateriaal van Well Women's Clinic, Londen) diende als input voor een verkennende discussie.

In beide landen zijn zeer laagdrempelige klinieken opgericht waar specialisten van Afrikaanse afkomst een integraal zorgaanbod bieden. De experts uit Florence en Londen geven aan dat een belangrijk onderdeel van hun succes is dat zij tijd maken voor de vrouwen en aandacht schenken aan de algehele gezondheid van de vrouw. Een verwijzing of een afspraak is niet nodig. Tijdens de bijeenkomst kwamen voor- en tegenargumenten ter sprake als het gaat om de oprichting van een landelijke polikliniek in Nederland.

## Argumenten voor

- Laagdrempelig voor patiënten, omdat ze zeker weten dat medische professionals bekend zijn met vgv;
- de zekerheid van culturele competentie bij de professionals;
- holistische aanpak:
  - Nederlandse artsen beginnen niet uit zichzelf over vgv, omdat ze eraan gewend zijn dat patiënten zelf met hun klachten komen. In een apart centrum kan zich specialiseren in gesprekstechnieken;
  - vrouwen zijn zich vaak niet bewust van dat hun klachten gerelateerd zijn aan vgv; door holistisch aanpak kan dit beter gesignaleerd worden;
- artsen/gynaecologen/verloskundigen kunnen doorverwijzen en hebben minder specifieke kennis nodig dan de experts;

- expertise kan worden opgebouwd in apart centrum en van daaruit worden verspreid.

## Argumenten tegen

- Zijn er voldoende casussen waarbij de huidige kennis van de gynaecologen/verloskundigen onvoldoende is om een apart centrum te rechtvaardigen?
- een aparte kliniek is onhaalbaar, omdat er al op veel plekken expertise rondom vrouwenissues is; het aanwijken van specialisme is lastig, omdat het over het algemeen iets is dat op een 'natuurlijke wijze groeit';
- culturele competentie is ook op andere terreinen nodig bij medische professionals, niet alleen op het gebied van besnijdenis;
- het is onduidelijk of het moet gaan om een expertisecentrum of juist om laagdrempeligheid: vooral medische kennis, of meer gericht op voorlichting? holistische benadering nu ook al goed mogelijk via diagnose behandel combinatie de patiënt zal altijd langs alle experts van het centrum moeten om vast te stellen welke specifieke behandeling nodig is (kostenplaatje) voor vrouwen die moeten bevallen is het onwenselijk dat zij niet in hun eigen regio terecht kunnen.

In eerste instantie lijkt het erop dat in Nederland het oprichten van een specialistische kliniek niet direct het antwoord is op de vraag naar betere zorg.

Het is nog niet duidelijk of een landelijke kliniek een *open door* kliniek zou moeten zijn, of juist een *last resort*, waar naar verwezen kan worden.

De discussie wordt bemoeilijkt doordat er onvoldoende inzicht is in de profijtgroep. Hoe groot is de potentiële klantengroep? Waarom is er nu ontevredenheid over het huidige zorgaanbod? Wat voor zorg zou gewenst zijn?

Om de zorg voor deze groep te verbeteren zou, naast de eventuele oprichting van een kliniek, onder meer de volgende stappen moeten worden genomen:

- 1 Het trainen van medische professionals in culturele competentie.
- 2 Inzetten op gezondheidsvoorlichting (besneden vrouwen moeten zich ervan bewust worden dat hun klachten gerelateerd zijn aan vgv).
- 3 Inzetten op een tweetal ziekenhuizen verder op • pag 6

dat specialistische kennis heeft van vgv.

4 Meer onderzoek is nodig. Het gaat waarschijnlijk om een heterogene groep. Hoe groot is deze groep? Wat wil deze groep? Hoeveel vrouwen uit Nederland gaan er eigenlijk naar het buitenland?

5 Opstellen van een sociale kaart: wie doet wat en waar kan wie terecht?

6 Opstellen van richtlijnen voor medische professionals. Op dit moment wordt er door de beroepsgroepen aan een medisch protocol gewerkt.

De conclusies en aandachtspunten dienen voor Pharos als input voor (advisering over) verdere inrichting van de zorg voor deze groep. ●

## Rapporten over projecten

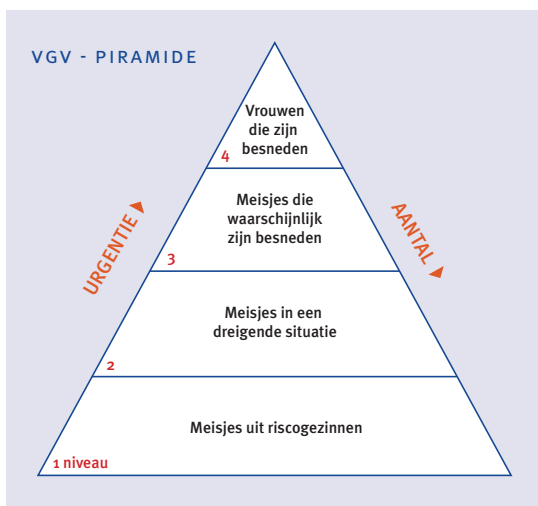
**Deze zomer publiceerde Adviesbureau van Montfoort het eindrapport van de procesevaluatie preventieprojecten meisjesbesnijdenis. In dit rapport wordt beschreven hoe in de periode 2006-2008 is gewerkt aan het verbeteren van ketensamenwerking, het geven van voorlichting voor en door etnische groepen en de borging van de aanpak.**

**D**e procesevaluatie geeft weer hoe er in de verschillende gemeenten gewerkt is aan de preventie van vrouwelijke genitale verminking, hoeveel professionals scholing hebben gevolgd, wat succesvol was in de samenwerking met zelforganisaties en sleutelpersonen, en wat obstakels bleken.

Daarnaast biedt het rapport een overzicht van *do's* en *dont's* voor toekomstige preventieprojecten.

Eerder verscheen het rapport: *'Samen voor één doel: het voorkomen van besnijdenis van dat kleine meisje'. Drie jaar pilot vgv en nu? Evaluatie met een handreiking voor beleidsmakers.* Het rapport is op verzoek van het ministerie van vws opgesteld door B&A Groep.

In dit rapport wordt, wederom naar aanleiding van inter-



views met betrokkenen, teruggekeken naar de behaalde resultaten in de pilots. Daarnaast geeft B&A Groep advies over vervolgstappen. Deze richten zich op het implementeren van de preventieve aanpak, het doorontwikkelen van de justitiële aanpak, en het ontwikkelen van een visie op en aanpak van 'nazorg'.

De rapporten zijn te downloaden via [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl) > Over > Beleid en wetgeving > Nederland ●

## Nationale Etnische Minderheden Conferentie

**Op vrijdag 9 oktober 2009 organiseren het programma Etnische minderheden van Soa Aids Nederland en Pharos de 4e Nationale Etnische Minderheden Conferentie over soa- en hiv-preventie in Nederland.**

**D**it jaar wordt daar ook aandacht geschonken aan de preventie van meisjesbesnijdenis.

Daar zijn goede redenen voor.

- Vanuit het perspectief van bezoekers van deze dag, die in de meerderheid zelf een migrantenachtergrond hebben is de opsplitsing van thema's rondom seksuele gezondheid, zoals in Nederland gebruikelijk niet altijd logisch. Zij kennen in herkomstlanden vaak een aanpak waarin meerdere onderwerpen rondom seksuele gezondheid integraal worden aangeboden.

- Zowel voor de aanpak van Soa Aids als voor het tegengaan van meisjesbesnijdenis is het intensief samenwerken met de doelgroep, met name met de jongeren, erg essentieel.

Vanwege die inhoudelijke overeenkomsten worden daarom fragmenten uit de film 'My sis will be safe' getoond. Deze film waarin jongeren uit verschillende continenten meewerkten laat de inhoudelijke samenhang goed zien met name met de beelden van jongeren uit Burkina Faso. Een korte discussie daarna verkennt verder de voor en nadelen van een integrale aanpak.

In Nederland vragen preventie van soa's, hiv en andere

seksuele gezondheidsthema's rondom etnische minderheden om een aanpak waarbij alle betrokken partijen samenwerken: professionele zorginstellingen, zelfhulporganisaties en sleutelpersonen. Het motto van deze dag is dan ook: 'United we stand. Divided we fall.'

Een greep uit de thema's: 'Genderspecifieke en -sensitieve benadering van seksuele gezondheid en reproductieve gezondheidszorg in Nederland' en 'Taboes over seksualiteit doorbreken bij ethnische minderheden'.

Meer informatie over deze Engelstalige conferentie is te vinden op de agendapagina van [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl) of is op te vragen via telefoon 030 234 98 00 (Bram Tuk) of mail [b.tuk@pharos.nl](mailto:b.tuk@pharos.nl).

## Over de grens voor besnijdenis

**De vn-organisatie Unifem rapporteerde in 2008 dat meisjes in Afrikaanse buurlanden besneden worden, als in eigen land vervolging daarvoor dreigt. Dit gebeurt onder meer tussen Burkina Faso en Niger, tussen Burkina Faso en Mali en tussen Burkina Faso en Ghana. Emigranten keren terug naar hun streek van herkomst om daar hun dochter te laten besnijden, zoals in Ivoorkust, en vertrekken vervolgens weer.**

**V**olgens Unifem is er een tekort aan samenwerking tussen de verschillende landen om de grenzen te

bewaken. Besnijdsters vestigen zich in grensgebieden van landen waar geen wetgeving is die vrouwelijke genitale verminking verbiedt, of waar deze niet wordt nageleefd.

Unifem pleit voor een wetgeving waarbij ook vervolging kan plaatsvinden als de besnijdenis heeft plaatsgevonden in een ander land. Dat is nu slechts bij enkele Afrikaanse landen mogelijk. Ghana is er daar één van. In Ghana is medewerking verlenen aan een besnijdenis ook verboden. Vrouwen die bijvoorbeeld heel hard gaan roepen om het gillen van de meisjes die worden besneden te overstemmen, zijn strafbaar.

## Verlagen werkconferenties meisjesbesnijdenis

**Op 3 maart en 2 juni zijn twee werkconferenties gehouden. De eerste heeft zich met name gericht op professionals en de tweede op de rol van sleutelpersonen en zelforganisaties.**

**D**e bijeenkomsten zijn georganiseerd door de pilot-partners (zes ggd'en, fsan en Pharos) en het ministerie van vws. Het zijn vruchtbare en interessante bijeenkomsten gebleken. Er is indringend gesproken over verbeterpunten, over kwaliteitsaspecten, over samenwerking en over de rolverdeling.

De conferenties hebben een serie afspraken en beloften opgeleverd rondom de volgende thema's:

- 1 Preventieve aanpak meisjesbesnijdenis implementeren en doorontwikkelen in de JGZ-keten.
- 2 Signalen opvolgen bij vermoedens van meisjesbesnijdenis.
- 3 Visie en aanpak op de zorg voor meisjes en vrouwen die zijn besneden.

De verslagen van de conferenties zijn te vinden op [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl)

## ‘Wij zeggen nee tegen vgv’

Op zaterdag 20 juni 2009 kwamen Afrikaanse zelforganisaties samen in het Wereldpand in Amsterdam om een duidelijk ‘nee’ te zeggen tegen meisjesbesnijdenis.

Sinds 2006 zijn Afrikaanse zelforganisaties met een achterban die een traditie van meisjesbesnijdenis hebben, actief bezig met de preventie hiervan. Tijdens de bijeenkomst tekenden de betrokken partijen samen de petitie, waarin wordt omschreven wat het probleem van meisjesbesnijdenis is en wat er gedaan moet worden om het te voorkomen. Door samenwerking hopen de organisaties sneller en beter resultaat te behalen. Participerende organisaties waren; stichting Ade, stichting Dir, EJSOVO, EVAO, stichting IFTIN, stichting Muday, stichting Soedania, SOMVAO, FSAN en VON. Openbare bijeenkomsten, zowel in het westen als in Afrika, waar stelling wordt genomen tegen vrouwelijke genitale verminking zijn een belangrijk onderdeel van het uitbannen van de sociale conventie. ●

## Herziene website

Er is begonnen met een grondige herziening van de website [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl). Voor professionals is er een aparte portal ontwikkeld.

Er is (voorlichtings)materiaal te vinden, informatie over trainingen, beleidsstukken, statements van beroepsverenigingen en onderzoeksresultaten.

**Literatuur** Rondom het onderwerp vrouwelijke genitale verminking zijn speciale themalijsten gemaakt. U kunt de omvangrijke collectie van het informatie- en documentatiecentrum zelf inzien. Een afspraak daarvoor kunt u maken door te bellen met: 030 234 98 00.

**Informatie, vragen, advies?** Focal Point meisjesbesnijdenis heeft een advieslijn voor vragen en advies omtrent vrouwelijke genitale verminking (vgv). De advieslijn is van maandag tot en met vrijdag van 9.00 tot 13.00 uur bereikbaar via telefoonnummer 030 234 9800. ●

## Aanmelden voor nieuwsbrief

Dit is de laatste keer dat de Focalpoint nieuwsbrief op papier verschijnt: de nieuwsbrief van december wordt per e-mail verzonden. Wil je de nieuwsbrief blijven ontvangen, geef dan je e-mail-adres op via [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl) of stuur een mail aan [Carla van den Berg c.berg@pharos.nl](mailto:Carla.van.den.Berg.c.berg@pharos.nl)

Dit is de derde jaargang van de Focalpoint nieuwsbrief, die elke drie maanden verschijnt. De nieuwsbrief is als instrument ingezet om gedurende de driejarige pilotprojecten in Nederland (2006-2008) kennis te delen met elkaar. De redactie van de nieuwsbrief wil het brede spectrum van perspectieven en aan het thema gerelateerde onderwerpen aandacht geven. Vanuit het oogpunt van kennis delen betekent dat in de praktijk berichtgevingen over nationale en internationale ontwikkelingen, onderzoek, projectvoorbeelden en weergaven van bijeenkomsten. Bijdragen voor deze nieuwsbrief worden van harte verwelkomd. Je ervaring of visie met betrekking tot de aanpak van meisjesbesnijdenis, projecten, bijeenkomsten etc. kan gestuurd worden naar [e.gorter@pharos.nl](mailto:e.gorter@pharos.nl) (Eelco Gorter, redacteur). Liever niet langer dan 400 woorden, graag met beeldmateriaal, en hou er rekening mee dat je bijdrage ingekort, aangepast of helemaal niet geplaatst kan worden. De deadline voor de volgende nieuwsbrief is 15 november 2009. Alle Focalpoint nieuwsbrieven zijn te vinden op de website [www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl) ●

*Colofon* Jaargang 4, nummer 3 -2009

Deze nieuwsbrief is een uitgave van Focal point meisjesbesnijdenis.

Samenstelling: Agnes Verhulst

Eindredactie: Eelco Gorter

Focal point meisjesbesnijdenis is een initiatief van Pharos

Postbus 13118 3507 LH Utrecht telefoon 030 234 98 00

[focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl](mailto:focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl)

[www.meisjesbesnijdenis.nl](http://www.meisjesbesnijdenis.nl) [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

Vormgeving: Studio Casper Klaasse Druk: A-D Druk

**Focal point**  
**meisjes-**  
**besnijdenis**