

**Sensibilisering- en opleidingscampagne voor de
ondersteuning van vrouwen, getroffen door vrouwelijke
genitale verminking (VGV), in ziekenhuizen**

Fase 3

1 oktober 2015 – 31 oktober 2016 (13 maanden)

Eindrapport

Project gecoördineerd door GAMS België



1. Voorstelling van het project

NAAM VAN HET PROJECT: Voorkomen van VGV en ondersteunen van VGV-slachtoffers door ziekenhuispersoneel (Materniteit, Travel Clinic)

AARD VAN HET PROJECT: Bijscholing voor professionals (v/m/x)

PERIODE: 1 oktober 2015 tot 31 oktober 2016.

INHOUD:

Context

De omvang van het probleem in België

Op 31 december 2012 schatte men het aantal vrouwen en meisjes afkomstig uit landen waar vrouwelijke genitale verminking wordt uitgevoerd op 48.092¹. 13.112 hiervan zijn waarschijnlijk besneden, terwijl 4084 van hen een risico lopen op besnijdenis. De prevalentie is verdubbeld sinds de eerste raming op 31 december 2007. Dit is enerzijds te verklaren door de nieuwe toestroom van vrouwen uit landen waar vrouwenbesnijdenis uitgevoerd wordt en daar al besneden werden en anderzijds door geboorten in België van meisjes van moeders die al besneden werden (tweede generatie). Het aantal vrouwen die VGV ondergingen en meisjes die een risico lopen, kan als volgt worden opgesplitst: 6.761 in Vlaanderen, 5.831 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 3.303 in het Waalse Gewest en 1.300 binnen het opvangnetwerk voor asielzoekers. De meerderheid van de vrouwen die al besneden werden woont in de provincies Brussel, Antwerpen of Luik. De vraag naar VGV bestaat ook in België: er zijn een aantal gynaecologen en urologen die al verzoeken kregen van ouders om hun dochters te besnijden. Meisjes worden tijdens de vakantie naar hun land van herkomst gestuurd om daar besneden te worden. Daarom is het belangrijk middelen te voorzien om vrouwelijke genitale verminking bij meisjes te voorkomen en de vrouwen die al besneden werden te ondersteunen.

België werd recent geconfronteerd met een tot nog toe ongekennde toestroom van vluchtelingen. Hoewel veel Syriërs en Irakezen deel uitmaken van deze groep, waren bestaande conflicten in Eritrea en Somalië ook een aanleiding voor de toename van asielzoeksters die een infibulatie ondergingen. Zij hebben nood aan een specifieke aanpak binnen de afdelingen gynaecologie en materniteit. Deze verhoging van besneden/geinfibuleerde vrouwen maakt dat sommige hospitalen, die tot nu toe weinig met deze problematiek te maken kregen, nu moeten inspelen op de specifieke behoeften van deze vrouwen en meisjes.

¹ DUBOURG D & RICHARD F (2010). Etude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Bruxelles : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Bijscholing:

In eerdere projecten, gesteund door de FOD Volksgezondheid, heeft GAMS meer dan zestig vroedvrouwen opgeleid als referentiepersoon binnen de ziekenhuizen. Het is belangrijk evaluatiegesprekken over het geleverde werk te organiseren en samen een aantal belangwekkende situaties of casussen te analyseren. Sommige vroedvrouwen hadden nood aan extra opleidingsmodules, naast de eerste tweedaagse opleiding. We zullen eerst en vooral een vragenlijst sturen naar alle referentiepersonen om hun behoeftes te evalueren om daarna werk te maken van bijkomende, op maat gemaakte modules.

Naast vroedvrouwen en gynaecologen, cruciale spelers bij de ondersteuning van VGV-slachtoffers tijdens zwangerschap en bevalling (vaak krijgen deze vrouwen tijdens die periode de diagnose en kan er aan preventie gewerkt worden om het pasgeboren meisje te beschermen), zijn ook de teams van de Travel Clinics of vaccinatiecentra belangrijk. Zij kunnen meisjes die risico lopen op besnijdenis, tijdens een reis naar het herkomstland, identificeren (bijvoorbeeld op het moment dat het gezin een vaccinatie aanvraagt tegen gele koorts). Het is daarom van belang opleidingen voor artsen en verpleegkundigen van de Travel Clinic te organiseren en hen de middelen aan te reiken om risicosituaties te kunnen beoordelen.

DOELSTELLINGEN

Algemeen: De sociale en psychologische impact en de gevolgen voor de gezondheid van VGV te verminderen door een aangepaste ondersteuning te bieden aan vrouwen die reeds besneden werden en meisjes die het risico lopen.

Specifieke doelstellingen:

- Organisatie van flash infosessies in 6 ziekenhuizen die nog niet deelnamen aan fase 1 en 2 en die recent geconfronteerd werden met een toestroom van asielzoeksters als gevolg van de migratie (Somalië, Eritrea);
- Organisatie van intervisies voor vroedvrouwen die reeds een opleiding volgden tussen 2012 en 2014 (2 sessies in het FR en 2 in het NL), in totaal dus 4 sessies;
- Opleiding voor artsen en verpleegkundigen van de Travel Clinic (meer bepaald in Brussel, Luik en Antwerpen), tzt.3 sessies.

DOELPUBLIEK

- Referentiepersonen VGV (intervisie);
- Personeel van de materniteiten (gynaecologen, vroedvrouwen, pediaters, psychologen) (flash infosessies);
- Teams van Travel Clinics (dokters/vaccinatoren, verpleegkundigen) (opleiding ivm het identificeren van meisjes die risico op VGV lopen voor ze vertrekken, naar hun herkomst- of ander risicoland).

REIKWIJDTE EN UITSTRALING VAN HET PROJECT

Nationaal (met focus op Brussel-Hoofdstedelijk Gewest, Antwerpen en Luik)

2. RESULTATEN

2.1 Evolutie van de nationale context gedurende de looptijd van het project

Gedurende de looptijd van het project zagen we een grote toestroom van migranten in België. Nieuwe kraamklinieken zagen zich genoodzaakt vrouwen op te volgen uit landen waar vrouwenbesnijdenis een courante praktijk is. Op 31 december 2015 waren er naar schatting 1.396 waarschijnlijk besneden vrouwen in het opvangnetwerk voor asielzoeksters. Onder de 5 meest voorkomende nationaliteiten, waren er 3 landen waar infibulatie gepraktiseerd wordt (type 3), Somalië, Eritrea en Djibouti. Deze vrouwen hebben specifieke behoeften op het gebied van zwangerschapsbegeleiding en bij de bevalling, want men moet hen desinfibulatie kunnen aanbieden tijdens hun zwangerschap of tijdens de bevalling.

De nationale context werd ook sterk beïnvloed door de aanslagen in Frankrijk (13 november 2015) en in België (22 maart 2016). GAMS werd rechtstreeks betrokken bij de aanslagen van 22 maart. Onze regionale coördinatrice voor Vlaanderen was op de luchthaven, op weg naar New York. Ze ontsnapte wonderwel aan de aanval die een groot aantal medepassagiers velde. De directrice van GAMS gaf die dag een opleiding aan de federale politie in Etterbeek en zat de hele dag vast in het politiegebouw. Deze gebeurtenissen hebben het project enigszins vertraagd en vormen de aanleiding tot het vragen van een maand uitstel (tot 31 oktober 2016) om het project af te werken. Een aantal opleidingen werden uitgesteld tot oktober 2016. De FOD Volksgezondheid gaf ons hiervoor de toelating.

3. Opleiding van de teams van de Travel Clinics.

Methodologie

Na overleg concentreerden we ons op de drie steden waar zich het grootste aantal betrokken vrouwen bevinden: Brussel, Luik en Antwerpen. Het opleidingsteam bestond uit een lid van GAMS België voor de medische en sociaal-culturele aspecten en een juriste van INTACT voor de juridische aspecten (nationale en internationale bescherming). De sessie bestond uit drie onderdelen: een PowerPoint-presentatie met theoretische informatie, een voorstelling van de bestaande hulpmiddelen (wereldkaart, risicoschaal, preventiekit), een discussie met het team van de Travel Clinic, waarbij rekening gehouden werd met de realiteit op het terrein.

Resultaten

De drie opleidingen werden als volgt gegeven:

- **Brussel:** 1/02/2016
 - UMC Sint-Pieter :15 personen (dokters, verpleegkundigen, receptionisten)
- **Antwerpen:** 29/04/2016
 - ITG-Antwerpen: Team Travel Clinic + team van het HIV/SAM (Sub-saharaans-Afrikaanse Migranten) Project: 14 personen
- **Luik:** 5/10/2016
 - CHU Liège Sart-Tilman: 10 personen (dokters, verpleegkundigen, receptionisten)

39 medewerkers van de travel clinic volgden deze opleiding.

We namen ook contact op met de redacties van diverse publicaties handelend over reisgeneeskunde (“Medasso” gericht op professionals en “Gezondheidspas Reizen” voor het grote publiek). De VGV thematiek komt hier helemaal niet aan bod en dat is een beduidend mankement, gezien de hoge prevalentie in veel landen van sub-Sahara Afrika, maar ook van Azië of het Midden-Oosten.

We konden ook een hoofdstuk aan VGV wijden in **MEDASSO (FR en NL)**, uitgave 2016. Deze gids bevat richtlijnen voor dokters werkzaam in een Travel Clinic:

- Hoofdstuk “seksuele gezondheid”:
http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/medasso2016/FR_chap%209%20prob%201%20C3%A8mes%20de%20sant%20C3%A9%20-%20NEW%202016relu.pdf
- Hoofdstuk “reizen met kinderen”
http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/medasso2016/FR_chap%2011%20-%20Enfants%20-NEW%202016relu.pdf

We zijn momenteel in gesprek met de uitgever van “Gezondheidspas Reizen” i.v.m. het toevoegen van een kleine paragraaf over “baby’s en jonge kinderen” in de uitgave 2017.

Samenvatting van de opleiding voor de Travel Clinics

Uit de drie opleidingssessies in de Travel Clinics blijkt dat het aantal patiënten per dag, de korte consultatietijd per patiënt en de tijd nodig om risico's te beoordelen, het preventiewerk bemoeilijkt.

De Travel Clinic van het UMC Sint-Pieter in Brussel en van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen waren akkoord om systematisch de brochure “Geen besnijdenis voor mijn dochter” uit te delen aan betrokken families die naar landen vertrekken met een hoog VGV-risico. De wereldkaart die de VGV-prevalentie toont, is het belangrijkste hulpmiddel bij de discussie over het risico op VGV.

Gezien de grote vraag naar de brochure “Geen besnijdenis voor mijn dochter” en de wereldkaart, maakten we een herdruk van beide documenten: 5.000 exemplaren van de brochure en 4.000 exemplaren van de wereldkaart (FR en NL).

Aanbevelingen

In de toekomst zal een nieuwe opleidingssessie georganiseerd worden in CHR Citadelle Luik omdat het team, hoewel uitgenodigd, niet deelnam.

Artsen van de Travel Clinic van het UMC Sint-Pieter hebben om een officiële richtlijn van het Ministerie van Volksgezondheid gevraagd zodat dokters van de Travel Clinic het recht krijgen bepaalde vragen te stellen (status van de ouders, geboorteplaats van de kinderen, etc ...) . Deze vragen houden niet noodzakelijk verband met de vaccinaties voor het vertrek maar laten toe het risico op besnijdenis te evalueren. Tijdens de vergadering van de VIF stuurgroep van 14 oktober 2016 werd afgesproken dat Dr. Desantoine deze aanbeveling zal opvolgen.

Een arts van de Travel Clinic van het UMC Sint-Pieter opperde de idee om een extra medewerker in te zetten net voor de zomervakantie, op het moment dat er een grote toeloop is in de reiskliniek. Deze kan speciaal worden ingeschakeld voor de preventie van VGV en kan tijd vrijmaken voor een dialoog met de families. De arts van de Travel Clinic heeft deze tijd niet. De medewerker kan een verpleegkundige zijn of een cobemiddelaar van GAMS.

4. Sensibiliseringsfase in ziekenhuizen

Methodologie

We contacteerden ziekenhuizen die de opleiding fase 1 en 2 nog niet volgden. Voor Kliniek St-Pierre in Ottignies herhaalden we een sessie, omdat er tijdens fase 2 in 2014 een communicatieprobleem opdook tussen het diensthoofd en de vroedvrouwen. Daardoor was geen enkele vroedvrouw aanwezig. De opleiding wordt steeds door 3 personen begeleid: een gynaecoloog, een vroedvrouw en een cobemiddelaar van GAMS. Voor de twee Nederlandstalige sessies, in UZ-Antwerpen en in Veurne, werkten we samen met de VZW INTACT (juridische aspecten).

We gebruiken een standaard PowerPoint FR/NL. Deze voor Fase 2 werd bijgewerkt met de meest recente wetenschappelijke gegevens.

De wereldkaarten met de prevalenties werden in elke sessie uitgedeeld, maar de gids voor professionals, gepubliceerd in 2011, is niet meer voorradig in het Frans. Een heruitgave kost teveel en past niet binnen dit budget. Geplastifieerde A3 posters voor de verloskamer werden eveneens uitgedeeld. Er werd een herdruk (1.000 exemplaren) gemaakt omdat ze uitgeput waren.

Resultaten

Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de **sensibiliseringssessies in de materniteiten** :

Tabel 1: Overzicht van Nederlandstalige en Franstalige ziekenhuizen die deelnamen aan de sensibiliseringsfase

Naam ziekenhuis	Stad	Datum sensibilisering	Profiel deelnemers	Aantal	Sprekers	Commentaar
Centre de santé des Fagnes	Chimay	6 oktober 2016	Gynaecologen pediaters, vroedvrouwen, psychologen	25 personen 14 gynaecologen en pediaters 10 vroedvrouwen en verpleegkundigen. 1 psycholoog	Dr. Martin Caillet Fabienne Richard Nadima	Zeer goede ontvangst. Kleinschalige materniteit die patiëntes opvangt van Fedasil centra (Florennes, Couvin en Ottignies) en het Rode Kruis. Het team kreeg te maken met Somalische patientes die geïnfibuleerd waren en geen woord Frans spraken. Interessante uitwisseling met Nadima, cobemiddelaar bij GAMS.
Clinique St-Pierre Ottignies (verwijzing van Rixensart)	Ottignies	20 oktober 2016	Gynaecologen Vroedvrouwen	16 personen 14 gynaecologen 2 vroedvrouwen	Dr. Martin Caillet Fabienne Richard	Groot aantal gynaecologen aanwezig maar weinig vroedvrouwen (blijkbaar is er een intern communicatieprobleem tussen de verantwoordelijke en haar team (nog niet verbeterd sinds 2014)
Materniteit Ath	Ath	Gepland voor 15 december 2016				Kon niet eerder doorgaan omdat geen geschikte datum werd gevonden. We verwachten 20 deelnemers.
Heilig-Hart Ziekenhuis	Lier	9 september 2016	Gynaecologen, pediaters, vroedvrouwen	14 personen 6 gynaecologen 4 pediaters 4 vroedvrouwen	Referente Vroedvrouw Leen Diels, Katrien De Koster (GAMS)	Zeer geïnteresseerd jong team (vragende partij voor een opleiding omwille van de toename van betrokken vrouwen via opvangcentra)
UZ Antwerpen	Antwerpen	7 oktober 2016	Gynaecologen urologen, vroedvrouwen, kiné	16 personen 10 gynaecologen 2 urologen 2 vroedvrouwen 1 kiné 1 medische secretaresse	Dr Anneke Vercoutere, Katrien De Koster (GAMS) Sophie Forez (INTACT)	Het team vroeg een opleiding van een namiddag aan. De juridische aspecten werden door vzw INTACT besproken.
AZ Sint-Augustinus	Veurne	27 octobre 2016	Gynaecologen, vroedvrouwen	30 personen 2 Gynaecologen	Dr Anneke Vercoutere	Zeer geïnteresseerd en gemotiveerd team (vragende partij voor deze opleiding omwille

				28 vroedvrouwen	Katrien De Koster (GAMS) Sophie Forez (INTACT)	van de toename van betrokken vrouwen via opvangcentra)
TOTAAL		5 sessies + 1 gepland voor december		101 personen		

Naast deze sensibiliserings sessies, verzorgde GAMS opleidingen in het basiscurriculum van de studenten verloskunde in Brussel (ISEI, Francesco Ferrer, Erasmus), Luik (Ecole Provinciale Henri Vesalius, Ecole Ste-Julienne I) en Lier, Turnhout, Mechelen (Thomas More), Karel de Grote Hogeschool Antwerpen, Odisee Hogeschool Sint-Niklaas en UCLL Leuven. GAMS begeleidt ook meerdere thesissen over VGV.

Er dient evenwel opgemerkt te worden dat in opleidingsinstellingen voor vroedvrouwen veel afhangt van de aanwezigheid van een gemotiveerde lesgever die ons enkele uren van de eigen lestijd afstaat om ons betoog te houden. Deze thematiek is immers geen onderdeel van het officiële curriculum. Hetzelfde geldt voor de medische opleiding, sinds drie jaar geeft Dr. Anne Delbaere ons de kans om tijdens het tweede jaar geneeskunde in Erasmus, een uur te wijden aan de VGV-problematiek.

Evaluatie van de sensibiliseringsfase in ziekenhuizen

In totaal namen 5 hospitalen deel aan sensibiliseringssessie fase 3. Een zesde hospitaal is ingepland voor december 2016.

In alle ziekenhuizen kwamen er veel vragen en de sessies verliepen zeer levendig. Na de opleiding kreeg het GAMS-team nogal wat dank- en felicitatiemails voor het geleverde werk en de enthousiaste inzet.

Aanbevelingen voor de toekomst

De Franstalige gids voor professionals, in 2011 uitgegeven door de FOD Volksgezondheid, is uitgeput (er zijn nog enkele Nederlandstalige exemplaren beschikbaar). Deze gids werd zeer op prijs gesteld door professionals en sommigen van hen vroegen er naar tijdens de opleiding. Er is nood aan een nieuwe uitgave voor 2017. Er wordt een budgettraming ingediend, bij de FOD Volksgezondheid, voor het bijwerken van de inhoud en de herdruk.

Het is ook belangrijk de tweedaagse modules voor nieuwe vroedvrouwen te herhalen omdat er een aanzienlijk personeelsverloop is en we hiervoor nogal wat verzoeken ontvingen.

In het volgende project zouden ook de diensten pediatrie moeten betrokken worden bij de flash infosessies. Verschillende opleidingen waren gericht op gynaecologen en vroedvrouwen, maar ook kinderartsen spelen een belangrijke rol bij de preventie.

4. Intervisie en aanvullende opleiding

Methode

Er werd een enquête uitgevoerd, van 14 december 2015 tot 20 januari 2016, over de behoefte aan voortgezette opleiding voor referentiepersonen, opgeleid tussen 2012 en 2014. We verstuurden zestig e-mails maar kregen slechts 17 vragenlijsten terug, ondanks dat we een herinnering verstuurden. Het groot personeelsverloop en het feit dat nogal wat vroedvrouwen de dienst verlieten, kunnen een verklaring hiervoor zijn.

Hieronder geven we een samenvatting van de antwoorden die we kregen van de betreffende vroedvrouwen:

Taken uitgevoerd door referentiepersoon VGV (naar frequentie)

1. Advies geven, collega's raad geven;
2. VGV-cursus geven in een opleidingsinstelling voor verloskundigen;
3. Samenwerken met een vereniging of een dienst, gespecialiseerd in VGV
4. Counseling van patiënten of hun familie;
5. Een student begeleiden bij het maken van een thesis over VGV

Actie ingevoerd op een dienst na de opleiding (naar frequentie)

1. Ter beschikking stellen van hulpmiddelen van GAMS en INTACT op de dienst;
2. Preventieprotocol opstellen en in dialoog gaan met ouders in de post-partumperiode ('Verklaring op eer').
3. Ondersteuningsprotocol voor besneden vrouwen vanaf de postnatale consultatie;
4. Sensibiliserings- en opleidingsessies organiseren voor andere collega's van de dienst;
5. VGV-module integreren in het basiscurriculum van de opleiding vroed- en verpleegkundigen.

Geen actie gevoerd: Reden? (naar frequentie)

1. Taak van referentiepersoon niet officieel erkend door de verantwoordelijke van de dienst;
2. GAMS en INTACT protocols en hulpmiddelen reeds aanwezig;
3. Andere collega's niet echt betrokken want weinig VGV patiënten;
4. Geen tijd;
5. Organisatorisch probleem in de dienst.

Aanvullende modules gewenst door de referentiepersonen (naar frequentie)

1. Evidence-based medicine: Bijscholing ivm meest recente VGV-aanbevelingen;
2. Ontwikkelen van begeleidingsprotocols/VGV beslissingsbomen: Hoe een protocol/beslissingsboom ontwikkelen voor je eigen materniteit;
3. Cruciale casussen: Beschrijven van verschillende reële situaties om te bekijken hoe te reageren (vraag voor reinfibulatie, verzoek tot besnijdenis,...);
4. Juridische aspecten: Om kennis te verdiepen over nationale en internationale bescherming tegen VGV;
5. Communicatie aspecten: Hoe dit probleem bespreken met de familie (samen met de cobemiddelaars van GAMS).

Op basis van deze antwoorden, organiseerden we 4 interviews (2 FR en 2 NL). We deelden de interviewmorgen op in twee delen: een update ivm de laatste prevalentiegegevens, de begeleiding van patiëntes (naar aanleiding van de nieuwe WGO en NICE richtlijnen), casussen met betrekking tot antepartum, perpartum en post-partum. De beschikbare hulpmiddelen werden voorgesteld aan de vroedvrouwen en elke deelnemster kreeg een USB-stick met daarop de belangrijkste publicaties (prevalentie, socio-culturele, juridische en medische aspecten).

Volgende nieuwe publicaties werden voorgesteld:

- Nieuwe WGO richtlijn 2016 - WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation
- Nieuwe RCOG richtlijn 2015 - Female Genital Mutilation and its Management
- Nieuwe richtlijn GAMS 2015 – Psychologische begeleiding

Resultaten

Deelname aan de interviewsessies:

- Frans:
 - Dinsdag 18 oktober UMC Sint-Pieter, Brussel, 14 deelnemers
 - Vrijdag 28 oktober CHR La Citadelle, Liège, 12 deelnemers
- Nederlands:
 - Donderdag 20 oktober UZ Gent, 10 deelnemers
 - Dinsdag 25 oktober UMC Sint-Pieter, Brussel, 4 deelnemers

Samenvatting van de conclusies

Aan Franstalige kant werden de interviews uitsluitend door vroedvrouwen gevolgd en beantwoordden als dusdanig aan de vraag uitgaande van de werkvloer.

Er kwamen verschillende problemen aan het licht:

- De rol van referentiepersonen VGV wordt nog steeds niet erkend en hun diensthoofd geeft hen niet de tijd, nodig om een bijscholing te volgen. Ze hebben ook niet altijd voldoende bewegingsvrijheid om activiteiten te organiseren. Het is dus moeilijk voor hen om de zaken die ze tijdens de bijscholing leerden, ook toe te passen. FOD Volksgezondheid zou hiervoor steun moeten voorzien (brief aan de materniteit om de rol van een referentiepersoon VGV te erkennen).
- In Luik zette een centrum voor familieplanning (FPS) een pilootproject op in CHR Citadelle waarbij de aanbevelingen van het FOD Volksgezondheid-project niet gevolgd worden. Het doel van dit project van GAMS is een capaciteitsversterking te creëren van de vroedvrouwen in het ziekenhuis. Zij zijn diegenen die naar de vrouwen toegaan en enkel wanneer zij geconfronteerd worden met een probleem roepen zij de hulp van GAMS of een andere, gespecialiseerde situatie in. Dit werkt uitstekend in Brussel, met Elsene, Brugmann, Sint-Pieter. In het CHR van la Citadelle daarentegen, verzamelt een psychotherapeute van het FPS de gegevens van de patiëntes op basis van het register van de bevallingen. Zij gaat daarna naar de postpartum dienst om met de vrouwen zelf te praten in hun kamer. De vroedvrouw van de dienst krijgt informatie over wat er besproken werd, maar gaat niet mee naar de kamer. Wij zijn van oordeel dat dit ingaat tegen de aanbevelingen van GAMS en zullen hierover Dr. Véronique Masson, hoofd van het ziekenhuis, interpellieren.
- Het registreren van VGV is niet gestandaardiseerd tussen de verschillende ziekenhuizen en er gaat dus informatie verloren tussen de prenatale, per partum en postpartum stadia. De vraag over wat en hoe er moet gemeld worden (per telefoon,

schriftelijk, in het gezondheidsboekje van het kind) aan Kind en Gezin en welke bijstand nodig is, is belangrijk.

Aan Nederlandstalige kant was het moeilijk om de reeds opgeleide vroedvrouwen te mobiliseren.

Hoewel er een grote opkomst was voor de opleidingssessies in ziekenhuizen en iedereen zeer enthousiast was, zijn er slechts weinig vroedvrouwen die zich durven profileren als « VGV referentiepersoon ». Zijn ze te bescheiden om zich als expert op te werpen? Worden ze niet als dusdanig erkend op hun dienst? Kunnen ze deze sleutelrol niet opnemen omwille van de medische hiërarchie binnen de ziekenhuizen? Wij stellen dit fenomeen niet alleen vast binnen het domein van de gezondheid; Het is aan Nederlandstalige kant zeer makkelijk mensen te mobiliseren voor een opleiding (waarbij verwacht wordt dat men kennis zal opdoen), maar moeilijk voor een intervisie (waarbij een eigen inbreng als ervaren professional verwacht wordt).

5. Vervolg van het project

Een evaluatie bracht volgende actiepunten naar voren:

- Sensibiliseringsactiviteiten – opleiding van teams in ziekenhuizen zijn nodig omwille van het personeelsverloop en het feit dat deze thematiek niet is opgenomen in het basiscurriculum van de opleiding;
- Naast de vroedvrouwen en gynaecologen, die steeds deel uitmaken van het doelpubliek, dienen ook kinderartsen en pediatrieverpleegkundigen aangesproken te worden.
- Het is belangrijk dat de desinfibulatieboodschap verspreid wordt om te vermijden dat gynaecologen keizersneden uitvoeren. Dit moet gebeuren via professionele verenigingen (GLOFFB, VVOG) gezien de toestroom van vrouwen uit Somalië, Eritrea en Djibouti.
- We moeten blijven pleiten voor het toevoegen van dit onderwerp aan het medisch curriculum. Hoewel de politiek hierover al verschillende resoluties invoerde, is er nog niets veranderd.
- Er dient een nieuwe prevalentiestudie te komen want de cijfers dateren van december 2012 en zijn voorbijgestreefd.
- De handleiding voor de betrokken professionals, uitgegeven in 2011 door de FOD Volksgezondheid is uitgeput. Hij werd gedrukt op 10.000 exemplaren, in het NL en FR. Hij zou moeten geactualiseerd en herdrukt worden in 2017.

6. Bijlagen

- Programma van de flash infosessies
- Programma van de intervisies
- Vragenlijst voor vroedvrouwen/referentiepersonen VGV