

Seksueel geweld: uitbuiting & misbruik

De gevolgen, behandeling, nazorg en periodieke check-ups

31-05-2026, Eindrapport

Auteur en uitvoerder: R. van der Jagt-Smit (projectleider)
Met bijdragen van: C. van 't Spijker (projectleider), G., Mies (projectleider), H. Ellerbroek (projectleider), K. Hoogerheide (medisch projectadviseur), M. ter Avest (directeur), V. Boekestein (communicatieadviseur), E., Florentius (stagiaire), J. De Schouwer (stagiaire), S. van der Linde (stagiaire)

kenniscentrum
kinder-en
jeugdpsychiatrie

De koude hand, de kille blik

Mijn stem verdween
Grenzen overschreden
Op dat moment is het kind in mij verdwenen
Momenten van aanraking zorgde voor bevriezing
Nu word ik geraakt in oude pijn
Het neemt me over, alsof ik geen adem krijg...
Adem in, adem uit
Hij is er niet
Die koude hand, die kille blik
Ik slik...

Onze boodschap, ons verhaal

Verhalen raken
Mensonterende ervaringen
Het kind in ons schreeuwt het was teveel
Grijpt het je al naar de keel?
Vluchten, bevriezen, vechten
Onbegrip, onmacht, onrecht
Onze boodschap ons verhaal
Aan jou als hulpverlener, als mens
Luister naar de jongere zijn wens

Hoe durf je…

Niets is vanzelfsprekend
Een kind is onwetend
Onschuldig
Hoe durf je...
Een stem af te nemen
Zo te beschadigen
Elke dag littekens meedragen
Tot op het bot
Getekend

Dichtbundel: Niks is wat het lijkt

Geschreven door: Romina van der Kelen
Expex.nl/zebra-dichtbundel-niks-is-wat-het-lijkt/

Publiekssamenvatting

Motie behandeling van psychosociale en fysieke gevolgen

In de motie van Groen-Links uit 2024 (34843-101) vroeg kamerlid Mutluer naar de effectiviteit van de aanpak en behandeling van de psychosociale en fysieke gevolgen van seksueel geweld. Om de effectiviteit van de aanpak en behandelingen te beschrijven, moet eerst gespecificeerd worden wat de psychosociale en fysieke gevolgen zijn die moeten worden behandeld.

De gevolgen van seksueel geweld worden beïnvloed door verschillende factoren, waaronder geheimhouding, de leeftijd en ontwikkelingsfase van het slachtoffer, de duur, frequentie en ernst van het seksueel geweld, de relatie tot de pleger, en of het seksueel geweld online of offline plaatsvond. Het seksueel geweld kan door herevaluatie op een latere leeftijd een andere betekenis krijgen en nieuwe klachten oproepen. Hoewel sommige slachtoffers relatief goed herstellen dankzij veerkracht en steun, heeft seksueel geweld altijd impact en kunnen de gevolgen levenslang zijn. Slachtoffers van seksueel geweld krijgen te maken met een verscheidenheid aan psychosociale gevolgen, waaronder: psychotrauma gerelateerde klachten, negatieve reacties (e.g., victim blaming), schaamte, schuldgevoelens, verminderd zelfbeeld en zelfvertrouwen, angsten, verlies van veiligheid en vertrouwen in anderen, agressie, concentratieproblemen, persoonlijkheidsproblematiek, psychoses, dwangklachten, stemmingsklachten, middelengebruik, eetproblemen, automutilatie, suïcidaliteit, vermijding, eenzaamheid, problemen in het sociale netwerk, problemen in de seksuele ontwikkeling, vragen over identiteit, geaardheid en gender, impact op kinderwens of ouderschap, en problemen op het gebied van werk, school, financiën en huisvesting. De lichamelijke gevolgen, die vaak nauw samenhangen met de psychosociale klachten, bestaan onder andere uit: hoofdpijn, buikpijn, hartkloppingen, zweten, verhoogde spierspanning, uitvals- en conversieverschijnselen, zindelijkheids- en darmproblemen, slaapproblemen, vermoeidheid, veranderingen in zelfverzorging en gewicht, letsels, SOA's, (ongewenste) zwangerschap, onvruchtbaarheid, vaginisme, bekkenpijn, afwijkende hersenontwikkeling en bijwerkingen van medicatie.

Door dit gevarieerde beeld van klachten is maatwerk in de gehele aanpak van groot belang. Bij de keuze van (volgorde in) behandeling moet rekening gehouden worden met de urgentie van de klachten, veiligheid, belastbaarheid en voorkeuren van het slachtoffer. Ook stabilisatie moet afgestemd worden op en met het individu, omdat te lang stabiliseren en te snel starten beiden ineffectief kunnen zijn. In de hulpverlening is een goede werkrelatie met vertrouwensband cruciaal. Hulpverleners moeten daarom hun tempo aansluiten, ruimte bieden voor ambivalentie, niet negatief spreken over de pleger en niet oordelen. Het oordelen of beschuldigen van slachtoffers is het meest schadelijke in een aanpak. Ook systeemgericht werken is van groot belang, zodat duurzame steun binnen het netwerk georganiseerd kan worden. Organisatorische factoren, zoals multidisciplinaire samenwerking, wisselingen in behandelaren, wachtlijsten en financiering kunnen de effectiviteit van zorg beïnvloeden.

Er is sterke wetenschappelijke evidentie voor behandelingen als EMDR, TF-CGT, en exposuretherapieën (e.g., NET, IE en PE). Deze behandelingen zijn effectief in het verminderen van onder andere psychotrauma gerelateerde klachten, angst en depressie. Deze positieve effecten worden ook gevonden voor behandelingen als schematherapie, psycho-educatie, COMET, vaktherapieën, MST, lotgenotencontact, groepstherapieën,

steunfiguren zoals JIM's, en therapieën met honden, maar de wetenschappelijke onderbouwing hiervoor is beperkter of gemengd. De effectiviteit van deze behandelingen op psychosociale gevolgen verschilt echter per persoon, waardoor ook wetenschappelijk bewezen methoden bij sommigen negatieve effecten kunnen hebben. Er is minder bekend over het behandelen van lichamelijke klachten dan psychosociale klachten en het integraal behandelen van deze klachten. De sterkste wetenschappelijke bewijskracht is gevonden voor bewegings- en lichaamsgerichte therapieën zoals PMT en fysiotherapie, die effectief kunnen zijn in het verminderen van spanning, incontinentie of obstipatie, pijn en seksuele disfuncties. Door de link tussen psychosociale en lichamelijke klachten, kunnen deze lichaamsgerichte behandelingen ook psychosociale klachten verminderen. Voor andere behandelingen zoals SP en ontspannings- en ademhalingsoefeningen zijn aanwijzingen dat het effectief is in het verminderen van o.a. spanning in het lijf, maar de studies hiernaar, en daarmee de bewijskracht hiervoor, zijn beperkter. Na een behandeling kan er nazorg geboden worden om het geleerde te integreren in het dagelijks leven, beschermende factoren te versterken en terugval of revictimisatie te voorkomen. Het versterken van het sociale netwerk en de autonomie van het slachtoffer zijn hierbij cruciaal. Toch wordt nazorg in de praktijk nog niet altijd uitgevoerd en is de wetenschappelijke kennis beperkt.

Om onze maatschappelijke plicht, het bieden van adequate hulpverlening, te kunnen vervullen is aanvullend wetenschappelijk onderzoek nodig naar de psychosociale en lichamelijke gevolgen van seksueel geweld op de lange termijn, evenals naar de effectiviteit van (de volgorde van) psychosociaal- en lichaamsgerichte (integrale) behandelingen bij verschillende onderbelichte doelgroepen.

Motie periodieke check-ups

In de motie vanD66 uit 2023 (36222-33) vroeg kamerlid Van der Werff naar de vormgeving en meerwaarde voor de fysieke en mentale gezondheid van periodieke check-ups, bij minderjarige slachtoffers van seksueel geweld.

Periodieke check-ups zijn geen nieuw concept. In de medische zorg worden ze al toegepast bij bijvoorbeeld prematuren, kinderen met chronische aandoeningen en kankerpatiënten, waarbij multidisciplinaire teams risico's monitoren om problemen vroegtijdig te signaleren en herhaling te voorkomen of op tijd aan te pakken. In de psychosociale zorg kennen sommige behandelmethoden boostersessies die kunnen bijdragen aan duurzamere behandelresultaten. Binnen de zorg voor seksueel geweld vinden al informele check-ups plaats, bijvoorbeeld wanneer hulpverleners of slachtoffers later opnieuw contact opnemen. Deze informele aanpak sluit echter niet altijd aan bij de behoeften, mede omdat niet alle slachtoffers zelf opnieuw om hulp vragen.

Een vormgeving van periodieke check-ups die wél zou aansluiten bij de behoeften van professionals en ervaringsdeskundigen, zijn periodieke check-ups als een structureel, vrijwillig, outreachend onderdeel van de nazorg; er worden door de professional één of meerdere afspraken vooruit gepland die het slachtoffer altijd af kan zeggen. De timing, duur en frequentie van periodieke check-ups moeten maatwerk zijn. Hoewel een halfjaarlijkse of jaarlijkse check-up als basis kan dienen, verdient flexibiliteit de voorkeur, afhankelijk van klachten en kwetsbare levensfasen. Inhoudelijk moeten check-ups breed kijken naar het functioneren van slachtoffers op verschillende levensdomeinen: psychische en lichamelijke gezondheid, seksuele ontwikkeling, sociale relaties, onderwijs, werk en financiën. Ook contextfactoren zoals contact met de pleger, juridische procedures en mogelijke revictimisatie verdienen aandacht. Belangrijk is dat de focus ligt op de huidige en

toekomstige situatie, zodat slachtoffers niet telkens hun traumatische ervaringen hoeven te herhalen. Idealiter worden check-ups uitgevoerd door een bekende, gespecialiseerde hulpverlener binnen een multidisciplinair team op één locatie. De check-up zou ook uitgevoerd kunnen worden door een onbekende hulpverlener, mits er sprake is van een warme overdracht, goede werkrelatie, expertise, consistente uitvoering, goede bereikbaarheid en laagdrempelige ingang. De uitvoering van dergelijke periodieke check-ups vraagt om het waarborgen van randvoorwaarden op het gebied van privacy (e.g., expliciete, geïnformeerde toestemming), financiering, capaciteit en draagvlak. Dit laatste leek er volgens eerdere peilingen onder verscheidene organisaties te zijn.

Professionals en ervaringsdeskundigen verwachten dat de meerwaarde van periodieke check-ups ligt in preventie, tijdswinst, erkenning, continuïteit en houvast. Regelmatige contactmomenten maken het mogelijk om signalen van terugval, nieuwe klachten en revictimisatie vroegtijdig op te merken en snel passende hulp te bieden. Dit is belangrijk, omdat slachtoffers deze signalen zelf niet altijd herkennen. Periodieke check-ups kunnen potentieel ook tijdbesparend zijn vanwege de bestaande vertrouwensrelatie, bekendheid met de voorgeschiedenis en het vermijden van intakeprocedures of wachttijden. Dit maakt het voor slachtoffers bovendien laagdrempeliger om opnieuw hulp te vragen. Een andere belangrijke potentiële meerwaarde is dat check-ups de abrupte overgang na behandeling verzachten. Slachtoffers zouden zich minder in de steek gelaten voelen en meer erkenning ervaren voor de langdurige impact van seksueel geweld. Dit kan bijdragen aan een gevoel van veiligheid en houvast, waardoor zij meer vertrouwen krijgen om zelfstandig verder kunnen herstellen.

Ondanks deze positieve verwachtingen en duidelijke behoefte aan periodieke check-ups, ontbreekt wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit ervan bij slachtoffers van seksueel geweld. Het CSG is een van de weinige organisaties die periodieke check-ups uitvoeren, en de meerwaarde die zij ervan terugzien is dat slachtoffers het als prettig ervaren, zij zich erkend en serieus genomen voelen, en zij door de bestaande werkrelatie opener zijn waardoor tijdig aanvullende ondersteuning georganiseerd kan worden. Om de effectiviteit wetenschappelijk vast te kunnen stellen is echter vervolgonderzoek nodig, bijvoorbeeld via pilots of longitudinale studies, om de lange termijn effecten te toetsen. Ook is onderzoek nodig naar welke groepen het meest baat hebben bij check-ups, naar geschikte monitoringsinstrumenten en naar financieringsmodellen via kosten-batenanalyses.

Inhoudsopgave

1. Aanleiding 7
2. Inleiding 9
3. Methode 13
4. Resultaten: Deelnemers focusgroepen 19
5. Resultaten: Fysieke en psychosociale gevolgen 21
6. Resultaten: Behandeling en nazorg 43
7. Resultaten: Periodieke check-ups 65
8. Samenvatting en conclusie 76
9. Literatuurlijst 84

Bijlage 1 - Informatieformulier professionals 102
Bijlage 2 - Toestemmingsformulier professionals 105
Bijlage 3 - Vragenlijst professionals 106
Bijlage 4 - Topiclist focusgroepen 1.1 & 1.2 107
Bijlage 5 - Topiclist focusgroepen 2.1 & 2.2 110
Bijlage 6 - Topiclist focusgroepen 3.1 & 3.2 113
Bijlage 7 - Verslag focusgroep 1.1 116
Bijlage 8 - Verslag focusgroep 1.2 127
Bijlage 9 - Verslag focusgroep 2.1 138
Bijlage 10 - Verslag focusgroep 2.2 148
Bijlage 11 - Verslag focusgroep 3.1 158
Bijlage 12 - Verslag focusgroep 3.2 172
Bijlage 13 - Reactie op (niet-)WMO-aanvraag 181
Bijlage 14 - Informatieformulier ervaringsdeskundigen 182
Bijlage 15 - Toestemmingsformulier ervaringsdeskundigen 185
Bijlage 16 - Vragenlijst ervaringsdeskundigen 186
Bijlage 17 - Topiclist focusgroep 1.3 187
Bijlage 18 - Topiclist focusgroep 2.3 189
Bijlage 19 - Topiclist focusgroep 3.3 192
Bijlage 20 - Verslag focusgroep 1.3 194
Bijlage 21 - Verslag focusgroep 2.3 205
Bijlage 22 - Verslag focusgroep 3.3 219
Bijlage 23 - Topiclist focusgroep 4 234
Bijlage 24 - Verslag focusgroep 4 236

1. Aanleiding

Er zijn in de Tweede Kamer twee moties aangenomen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie gevraagd deze moties te beantwoorden.

1.1 Mutluer (Groen-Links, 2024): Behandeling van gevolgen

Kamerlid Mutluer besprak in een debat (05:35-07:45) dat als kinderen slachtoffer worden van seksueel geweld, zij de nodige zorg moeten ontvangen, omdat de psychosociale en fysieke gevolgen van dergelijk misbruik voor slachtoffers immens zijn. Dat geldt ook voor georganiseerd en gewelddadig misbruik van minderjarigen, waarvan het bestaan volgens de commissie-Hendriks onomstotelijk vaststaat. Het is een maatschappelijke plicht en moet de prioriteit zijn dat er adequate hulp is voor slachtoffers, nu en in de toekomst. Hieruit kwam het verzoek tot onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak en behandeling van de psychosociale en fysieke gevolgen van georganiseerd en gewelddadig misbruik van minderjarigen.

"De Kamer, gehoord de beraadslaging, constaterende dat de commissie-Hendriks harde conclusies trekt over georganiseerd en gewelddadig misbruik van minderjarigen; overwegende dat de gevolgen van dergelijk misbruik voor slachtoffers immens zijn; van mening dat het een maatschappelijke plicht is om deze slachtoffers adequate hulpverlening te bieden; verzoekt de regering om in lijn met de aanbevelingen van de commissie Hendriks een wetenschappelijk onderzoek in te stellen naar de effectiviteit van de aanpak en behandeling van de psychosociale en fysieke gevolgen van georganiseerd en gewelddadig misbruik van minderjarigen, en de Kamer daarover te informeren, en gaat over tot de orde van de dag."
~Mutluer, Groen-Links, 13-03-2024 (34843-101)

1.2 Motie Van der Werff (D66, 2023): Periodieke check-up van slachtoffers

Kamerlid Van der Werff besprak in een debat (01:05:36-01:08:30 & 06:41:56-06:43:19) dat uit onderzoek blijkt dat kinderen die seksueel misbruikt zijn op de lange termijn te maken kunnen krijgen met zowel fysieke als psychologische klachten, waaronder gedragsproblemen, bekkenbodemproblemen, verslaving en suïcidaliteit. Toch worden kinderen niet gemonitord om die effecten zo veel mogelijk te beperken. Daarbij is het strafrecht slechts één aspect van de aanpak; passende zorg en monitoring zijn van belang voor slachtoffers. In een rondetafelgesprek werd door het Centrum Seksueel Geweld de suggestie geopperd om bijvoorbeeld een jaarlijkse check-up te regelen. Belangrijk om hierbij te realiseren is dat de grootse groep slachtoffers van seksueel misbruik niet te maken heeft met vreemden, maar met bekenden of familieleden, en dat voor deze slachtoffers de drempel van het strafrecht vaak nog hoger ligt. Hieruit kwam het verzoek tot onderzoek naar de meerwaarde van een periodieke check-up van minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik op hun fysieke en mentale gezondheid op de lange termijn en hoe deze monitoring vormgegeven kan worden.

"De Kamer, gehoord de beraadslaging, overwegende dat het strafrecht slechts een onderdeel is van de bestrijding van seksuele misdrijven; van mening dat in het bijzonder voor kinderen, die zelf niet kunnen overzien

welke hulp zij nodig hebben, verbeterde slachtofferzorg van belang is; constaterende dat kinderen die seksueel misbruikt zijn op de lange termijn te maken kunnen krijgen met zowel fysieke als psychologische klachten, waaronder bekkenbodemproblemen, gedragsproblemen, verslaving en suïcidaliteit; overwegende dat veel van deze problemen beperkt kunnen worden als slachtoffers zo vroeg mogelijk na vaststelling van het misbruik geholpen worden; verzoekt de regering te onderzoeken welke meerwaarde een periodieke check-up van minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik kan hebben voor hun fysieke en mentale gezondheid op de lange termijn, te verkennen hoe die monitoring zou kunnen worden vormgegeven (eventueel in combinatie met longitudinaal onderzoek) en de Kamer daarover te informeren, en gaat over tot de orde van de dag."
~Van der Werff, D66, 28-06-2023 (36222-33)

2. Inleiding

2.1 Definitie seksueel geweld: misbruik & uitbuiting

Elk jaar zijn er 100.000 nieuwe slachtoffers van seksueel geweld (CSG, 2023). Seksueel geweld bij kinderen omvat een opzettelijke, ongewenste en niet-noodzakelijke handeling van seksuele aard, of een poging daartoe, die kan resulteren in een grote kans op lichamelijk letsel, pijn of psychisch lijden (UNICEF, 2023). Hierbij kunnen ook handelingen met een uitbuitend doel onder vallen of in een online context plaatsvinden. Denk bij online seksueel geweld bijvoorbeeld aan het tegen iemands wil in verspreiden, doorsturen of eisen van naaktbeelden, het chanteren met naaktbeelden of het dwingen om seksuele handelingen te doen voor een webcam (CSG, z.d.-c). Bij seksueel geweld is sprake van een ongelijkwaardige situatie, waarin de ander meer macht heeft, sterker is, ouder is of dat er sprake is van afhankelijkheid (CSG, z.d.-a). Deze definitie van seksueel geweld geldt voor alle personen, ongeacht de relatie met het slachtoffer en de omstandigheden (WHO, 2002). Seksueel geweld kan verschillende vormen aannemen en wordt daarom beschouwd als een parapluterm voor uiteenlopende aspecten van seksuele aard. In dit rapport wordt de nadruk gelegd op twee van deze aspecten: seksueel misbruik en seksuele uitbuiting.

2.1.1 Definitie seksueel misbruik

Seksueel misbruik houdt in dat een jeugdige ongewenst seksuele aanrakingen of handelingen moet doen waarbij misbruik wordt gemaakt van een leeftijds- en/of machtsverschil (CSG, z.d.-b; NJi, z.d.; Vrolijk-Bosschaart et al., 2018). Er ontstaat een ongelijkwaardige relatie door het lichamelijk of relationele overwicht van de dader, waardoor de jeugdige zich niet kan verweren. Denk bijvoorbeeld aan een volwassene of groot kind ten opzichte van een kind, een hulpverlener ten opzichte van een cliënt of een docent ten opzichte van een leerling (CSG, z.d.-b).

2.1.2 Cijfers

Wereldwijd maakt naar schatting ongeveer 11,8% van de kinderen tijdens hun jeugd seksueel misbruik mee (Stoltenborgh et al., 2011). Dit percentage ligt hoger bij meisjes (18%) dan bij jongens (7,6%). Het werkelijke aantal slachtoffers is moeilijk vast te stellen, omdat cijfers verschillen afhankelijk van de manier waarop gegevens worden verzameld. Studies waarin mensen zelf rapporteren over hun ervaringen laten bijvoorbeeld hogere cijfers zien dan studies die gebaseerd zijn op meldingen of registraties. Dit kan erop wijzen dat een deel van het seksueel misbruik niet zichtbaar is in officiële cijfers. Daarnaast blijkt uit wereldwijde cijfers dat veel slachtoffers van seksueel misbruik in de kindertijd later opnieuw slachtoffer worden van seksueel geweld, waarbij schattingen rond de helft liggen en eerder slachtofferschap het risico op herhaald slachtofferschap zelfs kan verdubbelen of verdrievoudigen (Walker et al., 2019).

In Nederland gaf in 2024 9% van de mensen van 16 jaar of ouder aan in de afgelopen vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van fysiek seksueel geweld (CBS, 2024). Het gaat daarbij het vaakst om ongewenste seksuele aanrakingen of zoenen, terwijl andere seksuele handelingen minder vaak worden gerapporteerd. Vrouwen en jongeren, met name 18- tot 24-jarigen, worden vaker slachtoffer dan mannen en oudere leeftijdsgroepen. In de meeste gevallen is de pleger een man en iemand buiten de huiselijke kring. In een kleiner deel van de gevallen

gaat het om iemand binnen de huiselijke kring. Daarnaast gaat het meestal om een bekende van het slachtoffer (CSG, z.d.-b).

2.2.1 Definitie seksuele uitbuiting

Seksuele uitbuiting is een vorm van seksueel misbruik (Sterk Huis, z.d.) waarbij een slachtoffer wordt gedwongen om offline of online seksuele handelingen te verrichten in ruil voor geld of andere vergoedingen (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, z.d.). Ook is seksuele uitbuiting de meest voorkomende vorm van mensenhandel (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, z.d.; Sterk Huis, z.d.). Mensenhandel betekent dat een jongere wordt gerekruteerd, vervoerd of ondergebracht (Kenniscentrum LVB, 2024).

Slachtoffers van seksuele uitbuiting worden (emotioneel) afhankelijk gemaakt door middel van bijvoorbeeld geweld, dwang, misleiding, machtsmisbruik of misbruik van een kwetsbare positie. De uitbuiter kan vervolgens geld verdienen door slachtoffers seksueel uit te buiten of hen te dwingen tot andere illegale activiteiten. Dit is strafbaar (artikel 273f in het Wetboek van Strafrecht). Het kopen van seks van minderjarigen, ongeacht wie het initiatief neemt, is een zedendelict en dus strafbaar (artikel 245/248b in het Wetboek van Strafrecht; Koraal, 2023-b).

Vroeger werden deze uitbuiters loverboys genoemd, maar deze term wordt niet meer gebruikt, omdat het de strafbaarheid en ernst van de situatie niet duidelijk genoeg weergeeft (NJi, z.d.). Ook past de term beter bij de huidige werkwijze van de uitbuiters, namelijk het sneller overgaan op chantage en manipulatie in plaats van een lang verleidingsproces (Kenniscentrum LVB, 2024). Een uitbuiter zoekt gericht naar kwetsbare jongeren, zoals jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) of psychische problemen.

Een voorbeeld van seksuele uitbuiting is wanneer iemand een jeugdige bijvoorbeeld geld, cadeautjes, drugs, kleding, eten of onderdak geeft in ruil voor het uitvoeren van seksuele handelingen (Don't look away, z.d.; Wegwijzer mensenhandel, z.d.). Ook kan het zo zijn dat een jeudige gedwongen wordt tot seksuele handelingen door middel van afpersing met gebruik van naaktfoto's, filmpjes of webcammateriaal. Dit heet sextortion. Het kan daarbij zo zijn dat de seksuele handelingen of afspraken in eerste instantie vrijwillig zijn gemaakt, maar dat de jeugdige daarna gedwongen door moet gaan (ook al wil hij of zij stoppen).

De seksuele uitbuiting kan offline gebeuren op plekken zoals parkeerplaatsen, hotels, bossen, vakantieparken, bordelen, of thuis (Koraal, 2023-a). Echter kan het ook online gebeuren via de webcam of verschillende seks- en datingwebsites of apps, zoals Tinder, Boys4u, Kinky.nl, Bullchat, Grindr, en sexjobs (Koraal, 2023-a; Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, z.d.).

2.2.2 Cijfers

De omvang van seksuele uitbuiting is lastig in cijfers vast te leggen en is vaak een schatting. Dit komt mede omdat seksuele uitbuiting vaak verborgen blijft van de autoriteiten doordat er vaak geen aangifte wordt gedaan of slachtoffers niet realiseren dat ze slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting (Cruyff et al., 2017).

Wereldwijd is seksuele uitbuiting een belangrijk onderdeel van mensenhandel. De International Labour Organization (ILO, 2022) schat dat 27% van alle slachtoffers van gedwongen arbeid slachtoffer is van seksuele uitbuiting, wat in 2021 neerkomt op ongeveer 6,3 miljoen mensen. In 2022 nam het aantal gedetecteerde slachtoffers van seksuele uitbuiting wereldwijd toe met ongeveer 41% ten opzichte van 2020 (UNODC, 2024). Daarnaast wordt er erkent dat het merendeel van deze slachtoffers vrouwelijk is: ruim 90%, waarvan 64% volwassen vrouwen en 28% meisjes.

Ook in Nederland vormt seksuele uitbuiting het grootste deel van de slachtoffers van mensenhandel. Er wordt geschat dat het aantal vermoedelijke slachtoffers per jaar in 2014–2015 rond de 7.000 lag (Cruyff et al., 2017). Hiervan werden ongeveer 1.400 slachtoffers per jaar officieel geregistreerd, wat aangeeft dat het merendeel van de slachtoffers niet gedetecteerd wordt. Vrouwen maken het grootste aandeel uit van de slachtoffers, terwijl kinderen en mannen een kleiner, maar licht stijgend aandeel vormen. Per 100.000 inwoners betroffen deze jaren ongeveer 4 vermoedelijke slachtoffers, waarvan 3 vrouwen, 1,5 kind en 1,5 slachtoffer van niet-seksuele uitbuiting.

Recentere gegevens van het Expertisecentrum Mensenhandel & Mensensmokkel (EMM, 2024) bevestigen dat seksuele uitbuiting de meest voorkomende vorm van mensenhandel in Nederland blijft. Hierbij zijn vooral jonge vrouwen slachtoffer, ongeveer 96% waarbij de gemiddelde leeftijd 26 jaar is. Een derde van de Nederlandse slachtoffers waren minderjarig.

Daarnaast, zijn wereldwijd de plegers van seksuele uitbuiting grotendeels mannelijk: ongeveer 70% van de daders is man en 28% vrouw (UNODC, 2024). De meeste plegers maken deel uit van een organisatie of georganiseerde misdaadgroep, dit geldt voor 74% van de gevallen. Ongeveer 26% van de daders opereert individueel of werkt samen met anderen, maar niet in onderling overleg of als één georganiseerd geheel. Dit betekent dat een deel van de mensenhandelaren en mensensmokkelaars zelfstandig opereert of incidenteel samenwerkt, zonder structurele organisatie.

2.2 Hoofd- en deelvragen

Wat zijn de psychosociale en fysieke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik?

- Wat zijn de psychosociale (o.a., chronisch trauma, DIS) gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik?
- Wat zijn de fysieke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik?
- Welke kennishiaten zijn er betreffende de gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik? Hoe kan er vervolg gegeven worden aan een eventueel kennishiaat?

Welke behandelingen worden er ingezet en wat wordt er gedaan aan nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik en wat is de effectiviteit hiervan op de gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik?

- Welke behandelingen worden er ingezet na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik en wat is de

effectiviteit hiervan op de gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik?
- Wat wordt er gedaan aan nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik en wat is de effectiviteit van deze behandelingen op de gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik?
- Welke kennishiaten zijn er betreffende de behandelingen en nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik? Hoe kan er vervolg gegeven worden aan een eventueel kennishiaat?

Worden er momenteel periodieke check-ups van de fysieke en mentale gezondheid na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik uitgevoerd? Zo ja, hoe wordt dat momenteel gedaan? Wat zijn de voor- en nadelen hiervan? Wat zijn de wensen voor de toekomst? Zo nee, (hoe en door wie) zouden deze check-ups uitgevoerd moeten worden?

- Worden er momenteel periodieke check-ups van de fysieke en mentale gezondheid na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik uitgevoerd? Zo ja, hoe en door wie wordt dat momenteel gedaan?
- Wat zijn de voor- en nadelen van de huidige manier van het uitvoeren van periodieke check-ups? Wat zijn de wensen voor de toekomst? Zo nee, (hoe en door wie) zouden deze check-ups uitgevoerd moeten worden?
- Welke kennishiaten zijn er betreffende periodieke check-ups van de fysieke en mentale gezondheid na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik? Hoe kan er vervolg gegeven worden aan een eventueel kennishiaat?

3. Methode

3.1 Literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek wordt gebruik gemaakt van de reeds verzamelde informatie in de praktijkstandaarden en kennisdossiers van het Kenniscentrum. Daarnaast is er nieuwe literatuur gezocht via Google Scholar over seksuele uitbuiting en seksueel misbruik bij kinderen en jongeren tot en met 25 jaar. Het ging hierbij om zowel Nederlands als internationaal onderzoek. Er is daarnaast niet alleen gekeken naar wetenschappelijke artikelen uit journals, maar ook naar onderzoek gepubliceerd door (Nederlandse) organisaties, zoals Koraal of de Nationaal Rapporteur Mensenhandel. Het initiële literatuuronderzoek is aangevuld n.a.v. de resultaten van de focusgroepen. Daarnaast is er gevraagd aan de deelnemers van de focusgroepen om relevante literatuur aan te leveren. Literatuur ouder dan 15 jaar (i.e., ouder dan 2010) is niet opgenomen (m.u.v. literatuur over verklarende theorieën of modellen) en de voorkeur is gegeven aan meta-analyses en reviews.

3.2 Focusgroepen met professionals en wetenschappers

3.2.1 Werving

Er zijn in totaal twintig professionals en wetenschappers geworven die werken met of voor kinderen en jongeren die seksuele uitbuiting of seksueel misbruik hebben meegemaakt of met volwassenen die dit in de kindertijd hebben meegemaakt. De werving vond plaats via het netwerk van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Ook is er gebeld met en gemaild naar verschillende organisaties die werken met de beoogde doelgroep. Bij de wervingstekst ontvingen alle professionals en wetenschappers een informatiebrief over het onderzoek (zie Bijlage 1) en een toestemmingsformulier (zie Bijlage 2) dat zij ingevuld retour stuurden via Outlook (deze data staat opgeslagen in de Europese Unie). Van ongeveer één derde van de benaderde organisaties namen er uiteindelijk één of meerdere professionals of wetenschappers deel (zie Tabel 1). In totaal namen er veertien van de twintig aangemelde professionals en wetenschappers deel aan de focusgroepen.

Tabel 1

Organisaties benaderd voor en deelgenomen aan dit onderzoek

Organisatie	Deelgenomen	Aangemeld
Anne Helpt	Nee	Nee
Centrum Kinderhandel en Mensenhandel (CKM)	Nee	Nee
Centrum Seksueel Geweld (CSG)	Ja	Ja
CoMensha (Coördinatiecentrum tegen mensenhandel)	Nee	Nee
Deviaa	Nee	Nee
Eleos	Nee	Nee
Expertisebureau Lifeline (voorheen 'Helse liefde')	Nee	Ja
Expertisecentrum Mensenhandel & (jeugd)Prostitutie (EMP)	Nee	Nee
Expertisecentrum Mensenhandel en Mensensmokkel (EMM)	Nee	Nee

Expertisecentrum Seksualiteit Rutgers	Nee	Nee
Fier	Nee	Ja
S'Heeren Loo	Ja	Ja
Platform HOPE	Nee	Nee
House of Inner Strength (HIS)	Nee	Nee
HVO Querido	Nee	Nee
Karakter	Nee	Nee
Kenter Jeugdhulp	Nee	Ja
Kinder- en Jeugdpsychotherapiepraktijk Dumoulin	Nee	Nee
Koraal	Nee	Nee
Kruispost	Nee	Nee
Landelijk Kenniscentrum Licht Verstandelijke Beperking (LKC LVB)	Ja	Ja
Landelijk Psychotraumacentrum	Ja	Ja
Levvel	Nee	Nee
Lumens	Ja	Ja
RIOzorg	Ja	Ja
Sarah van der Hoogt Psychodynamiek	Nee	Nee
Scharlaken Koord	Nee	Nee
Slachtofferhulp	Nee	Nee
Sterk Huis	Ja	Ja
Stichting Hulp en Opvang Prostitutie en Mensenhandel (SHOP)	Ja	Ja
Terwille	Nee	Nee
Nationaal Rapporteur Mensenhandel	Nee	Nee
Nederlands Jeugdinstituut (NJi)	Nee	Ja
UMC Amsterdam	Nee	Ja
UMC Utrecht	Ja	Ja
VU Amsterdam (Viveon)	Ja	Ja
Zelfstandigen	Ja	Ja

3.2.2 Dataverzameling

Per hoofdvraag werden er twee focusgroepen gepland, zodat zoveel mogelijk experts konden deelnemen en de groepen niet te groot werden. De focusgroepen werden gepland tussen 24 april en 9 mei 2025 via Microsoft Teams, waarmee de focusgroepen ook werden opgenomen. In totaal werden er zes focusgroepen gepland, elk met een verschillende samenstelling van maximaal negen deelnemers. Deze samenstelling bestond (waar mogelijk) uit een combinatie van professionals uit de praktijk als wetenschappers of beleidsmakers. Dit in de hoop zowel praktijk- als wetenschappelijke kennis op te halen. Echter is deze groep niet representatief voor alle

professionals.

De topiclijst met vragen voor de focusgroepen werd voorbereid aan de hand van de verzamelde literatuur (zie Bijlage 4-6). Deze lijst startte met een brede, inleidende, open vraag met daarna de hoofdvragen opgedeeld in een aantal categorieën, en tot slot afsluitende vragen. Verder werd er aan het begin van elke focusgroep kort uitleg gegeven over het onderzoek, de opname, anonieme verwerking van resultaten, en gespreksafspraken. Elke focusgroep werd daarnaast afgesloten met uitleg over het verslag met de mogelijkheid tot feedback geven, de verwijdering van de opname, en de vergoeding.

Na elke focusgroep werd er aanvullende achtergrondinformatie van elke aanwezige deelnemer gevraagd via hetzelfde mailadres waarmee de deelnemers zich aangemeld hadden (zie Bijlage 3). Ook kregen de deelnemers de gelegenheid het verslag van de focusgroep(en) in te zien en hier feedback op te geven.

3.2.3 Data-analyse

De Microsoft Teams opnames zijn met behulp van Amberscript omgezet in transcripten. Deze transcripten zijn vervolgens thematisch geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti door twee codeurs. Op basis van deze codes is er vervolgens een samenvatting gemaakt per focusgroep (zie Bijlage 7-12). Deze zes verslagen zijn voorgelegd aan de professionals en wetenschappers ter controle. Na goedkeuring is de inhoud van deze verslagen met behulp van de Atlas.ti-codes uitgesplitst op basis van de drie deelvragen en samengevat in dit rapport.

3.3 Focusgroepen met ervaringsdeskundigen

3.3.1 Ethische goedkeuring

Aangezien ervaringsdeskundige deelnemers gevraagd wordt naar hun ervaringen en het verwerken van traumatische gebeurtenissen, moest een erkende medisch-ethische toetsingscommissie (METC) met gedragswetenschapper toetsen of dit onderzoek onder de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) viel. Het onderzoeksprotocol is via een toetsingsformulier voorgelegd aan de METC NedMec. De commissie was van oordeel dat het voorstel geen medisch-wetenschappelijk onderzoek is volgens de definitie van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO). Daarom is een afweging van de METC over de reikwijdte van de WMO niet aan de orde.

3.3.2 Werving

Er zijn in totaal negen ervaringsdeskundigen geworven die seksuele uitbuiting of seksueel misbruik hebben meegemaakt vóór of op hun 25e en nu tenminste 18 jaar oud zijn. Ervaringsdeskundigen mochten niet deelnemen als zij nog actief in behandeling zijn voor het verwerken van ingrijpende gebeurtenis(sen), zoals een EMDR behandeling. Een ervaringsdeskundige kon wel deelnemen als hij/zij in de toekomst nog deelneemt aan een check-up (bijvoorbeeld een jaar na het afronden van een behandeling zoals EMDR). De werving vond plaats via het netwerk van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en via de eerder bereikte professionals en wetenschappers. Ook is er gebeld en gemaild naar verschillende organisaties die werken met de beoogde doelgroep (zie Tabel 2). Bij de wervingstekst ontvingen alle ervaringsdeskundigen een informatiebrief over het

onderzoek (zie Bijlage 14) en een toestemmingsformulier (zie Bijlage 15) dat zij ingevuld retour stuurden sturen via Outlook (deze data staat opgeslagen in de Europese Unie). Van de acht benaderde organisaties namen er uiteindelijk alleen deelnemers deel van één organisatie, namelijk zeven ervaringsdeskundigen van ExpEx (zie Tabel 2). Eén ervaringsdeskundige is geworven via een professional die eerder zelf deelnam, en één via de op LinkedIn verspreidde flyer. ervaringsdeskundigen die zich aangemeld hadden namen uiteindelijk deel aan de focusgroepen.

Tabel 2

Organisaties benaderd voor en deelgenomen aan dit onderzoek

Organisatie	Deelgenomen	Aangemeld
Balans	Nee	Nee
Blijf Groep	Nee	Nee
ExpEx	Ja	Ja
Expertisebureau Lifeline (voorheen 'Helse liefde')	Nee	Nee
Jongerennetwerk	Nee	Nee
MIND Us	Nee	Nee
Platform HOPE	Nee	Nee
Nationale Jeugdraad (NJR)	Nee	Nee

3.3.3 Dataverzameling

Per hoofdvraag werd er één focusgroep gepland met een groep van maximaal acht ervaringsdeskundigen. Het oorspronkelijke plan van focusgroepen op locatie is gewijzigd naar online bijeenkomsten op verzoek van de ervaringsdeskundigen. De focusgroepen werden gepland tussen 4 en 18 november 2025 via Microsoft Teams, waarmee de focusgroepen ook werden opgenomen. In totaal werden er drie focusgroepen gepland, elk met een vergelijkbare samenstelling van maximaal acht deelnemers. Deze samenstelling bestond uit een combinatie van ervaringsdeskundigen op het gebied van seksuele uitbuiting als seksueel misbruik. Echter is deze groep niet representatief voor alle ervaringsdeskundigen. Bij de focusgroepen was ook een kinder- en jeugdpsychiater aanwezig om de emotionele veiligheid van de ervaringsdeskundigen te waarborgen.

De topiclijst met vragen voor de focusgroepen werd voorbereid aan de hand van de verzamelde literatuur (zie Bijlage 17-19). Deze lijst startte met een brede, inleidende, vragen met daarna de hoofdvragen opgedeeld in een aantal categorieën, en tot slot afsluitende vragen. Verder werd er aan het begin van elke focusgroep kort uitleg gegeven over het onderzoek, de opname, anonieme verwerking van resultaten, en gespreksafspraken. Elke focusgroep werd daarnaast afgesloten met uitleg over het verslag met de mogelijkheid tot feedback geven, de verwijdering van de opname, en de vergoeding. Na afsluiting van de focusgroep kregen de deelnemers de gelegenheid om te blijven hangen in de online meeting om nog aanvullingen te geven of te praten over de emoties die het gesprek opriep.

Na elke focusgroep werd er aanvullende achtergrondinformatie van elke aanwezige deelnemer gevraagd via

hetzelfde mailadres waarmee de deelnemers zich aangemeld hadden (zie Bijlage 16). Ook kregen de deelnemers de gelegenheid het verslag van de focusgroep(en) in te zien en hier feedback op te geven.

3.3.4 Data-analyse

De Microsoft Teams opnames zijn met behulp van Amberscript omgezet in transcripten. Deze transcripten zijn vervolgens thematisch geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti door twee codeurs. Op basis van deze codes is er vervolgens een samenvatting gemaakt per focusgroep (zie Bijlage 20-22). Deze drie verslagen zijn voorgelegd aan de ervaringsdeskundigen ter controle. Na goedkeuring is de inhoud van deze verslagen met behulp van de Atlas.ti-codes uitgesplitst op basis van de drie deelvragen en samengevat in dit rapport.

3.4 Extra focusgroep

3.4.1 Werving

Er zijn in totaal 5 deelnemers geworven, waaronder één professional en vier ervaringsdeskundigen, door de eerdere deelnemers te benaderen (zie 3.2 en 3.3). Eén van de ervaringsdeskundigen was nieuw en is geworven via een professional die bij de eerdere focusgroepen deelnam. Deze deelnemer ontving dezelfde informatiebrief over het onderzoek (zie Bijlage 1) en toestemmingsformulier (zie Bijlage 2) en stuurde dit ingevuld retour via Outlook (deze data staat opgeslagen in de Europese Unie). Voor deze focusgroep golden ook dezelfde in- en exclusiecriteria.

3.4.3 Dataverzameling

Er werd één focusgroep gepland op 9 februari 2026 via Microsoft Teams, waarmee de focusgroep ook werd opgenomen. De topiclijst met vragen voor de focusgroep werd voorbereid aan de hand van de feedback van VWS op het tussentijdse rapport van 23 januari 2026 (zie Bijlage 23). Aan het begin van de focusgroep werd opnieuw kort uitleg gegeven over het onderzoek, de opname, anonieme verwerking van resultaten, en gespreksafspraken. De focusgroep werd daarnaast afgesloten met uitleg over het verslag met de mogelijkheid tot feedback geven, de verwijdering van de opname, en de vergoeding. De deelnemers kregen de gelegenheid het verslag van de focusgroep(en) in te zien en hier feedback op te geven. De nieuwe deelnemer werd bovendien gevraagd aanvullende achtergrondinformatie te geven, zoals de andere deelnemers eerder deden (zie Bijlage 16).

3.4.4 Data-analyse

De Microsoft Teams opname is met behulp van Amberscript omgezet in een transcript. Dit transcript is vervolgens thematisch geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti door één codeur. Op basis van deze codes is vervolgens een samenvatting gemaakt (zie Bijlage 24). Dit verslag is voorgelegd aan de ervaringsdeskundigen ter controle. Na goedkeuring is de inhoud van dit verslag met behulp van de Atlas.ti-codes samengevat in dit rapport.

3.5 Datamanagement

De verzamelde data is opgeslagen in SharePoint, waaronder de notulen, transcripten en verslagen. Dit geldt ook

voor de video- en audio-opnames gemaakt via Microsoft Teams. De communicatie vond plaats via Outlook. De data van deze Microsoft producten staat opgeslagen in de Europese Unie. Ook zijn de fragmenten geüpload op Amberscript, waarvan de data staat opgeslagen in Duitsland. Bestanden met persoonlijke gegevens werden beveiligd met een wachtwoord. Persoonsgegevens, zoals mailadressen, worden verwijderd na afronding van het onderzoek, tenzij de deelnemer op het toestemmingsformulier heeft aangegeven dat het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie deze gegevens voor 5 jaar mag bewaren. De video- en audio-opnamen worden verwijderd na akkoord op alle verslagen. De transcripten en verslagen zijn geanonimiseerd en worden minimaal 10 jaar bewaard.

4. Resultaten: Deelnemers focusgroepen

4.1 Professionals

De zes focusgroepen met professionals hadden elk een verschillende samenstelling van twee tot zeven deelnemers, en aan de extra focusgroep deed één professional mee (zie Tabel 3). In totaal waren er veertien deelnemers aanwezig, waarvan dertien achtergrondinformatie hebben gegeven via de vragenlijst (zie Bijlage 3). De aanwezige deelnemers waren aangesloten bij de volgende organisaties: Expertisebureau Lifeline, Landelijk Centrum Seksueel Geweld (CSG), Landelijk Kenniscentrum Lichtverstandelijke beperking (LKC LVB), Lumens, Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, RIOzorg, S'Heeren Loo, Stichting Hulp en Opvang Prostitutie en Mensenhandel (SHOP), Sterk Huis, UMC Utrecht, VU Amsterdam (Viveon) en Wilhelmina Kinderziekenhuis. De deelnemers waren gemiddeld 39 jaar oud (29-52 jaar) en hadden gemiddeld 11 jaar (2-30 jaar) werkervaring met betrekking tot seksuele uitbuiting en/of seksueel misbruik. De huidige functies van de deelnemers omvatte onder andere bestuurder, coördinator ervaringsdeskundigen, hulpverlener (ambulant), jeugd- en gezinsprofessional (ambulant), kinderarts, onderzoeker, projectleider bij een kenniscentrum, preventie medewerker, psycholoog, regiomanager, systeemtherapeut, teamcoördinator, trainer, en zorgcoördinator. Eerdere werkzaamheden omvatte onder andere ambulante (crisis)hulpverlening en opvang, ambulant ervaringsdeskundige, forensisch medisch onderzoeker, groepsleiding op een gesloten JeugdzorgPlus meidengroep, handreikingen schrijven, Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Multi Systeem Therapie Problem Sexual Behaviour (MST-PSB), Regionaal Uitstapprogramma Prostitutie (RUPS), speltherapeut, trainer, en voorlichting geven op scholen.

Tabel 3

Indeling van de deelnemers aan de focusgroepen met professionals en wetenschappers

Focusgroep*	Aantal *(n)*	Functies
FG 1.1: Gevolgen	4	Bestuurder, hulpverlener, kinderarts en zorgcoördinator
FG 1.2: Gevolgen	5	Jeugd- en gezinsprofessional, onderzoeker, projectleider bij een kenniscentrum, psycholoog, psychomotorisch therapeut en systeemtherapeut
FG 2.1: Behandeling & nazorg	7	Hulpverlener, jeugd- en gezinsprofessional, projectleider bij een kenniscentrum, regiomanager en zorgcoördinator
FG 2.2: Behandeling & nazorg	5	Bestuurder, hulpverlener, onderzoeker, psycholoog, coördinator en psychomotorisch therapeut
FG 3.1: Periodieke check-ups	5	Bestuurder, coördinator ervaringsdeskundigen, hulpverlener, jeugd- en gezinsprofessional, kinderarts en psycholoog
FG 3.2: Periodieke check-ups	2	Psycholoog en jeugd- en gezinsprofessional
FG 4: Extra vragen van VWS	1	Coördinator ervaringsdeskundigen, hulpverlener

**Focusgroep wordt in de referenties in de tekst afgekort als FG.*

4.2 Ervaringsdeskundigen

De drie focusgroepen met ervaringsdeskundigen hadden allemaal een vergelijkbare samenstelling van zeven tot acht deelnemers, en aan de extra focusgroep deden vier ervaringsdeskundigen mee (zie Tabel 4). In totaal waren er tien deelnemers aanwezig, die ieder achtergrondinformatie hebben gegeven via de vragenlijst (zie Bijlage16). De aanwezige deelnemers waren aangesloten bij de volgende organisaties: Angst, Dwang en Fobie (ADF) Stichting, ExpEx, GeestKrachten, Lumens en Stichting KernKracht. De deelnemers waren gemiddeld 31 jaar oud (22 tot 46 jaar), negen gebruikten de voornaamwoorden zij/haar en één hij/hem. negen van de tien deelnemers heeft seksueel misbruik meegemaakt, en vier van de deelnemers hebben seksuele uitbuiting meegemaakt. Bij alle deelnemers vond het misbruik en/of de uitbuiting offline plaats, en bij vier ook online. Deze gebeurtenissen begonnen gemiddeld op 9-jarige leeftijd (0 tot 17 jaar). Bij de meerderheid van de ervaringsdeskundigen betrof het langdurig en/of herhaaldelijke misbruik en/of uitbuiting, soms tot in hun twintiger jaren. Bij negen van de ervaringsdeskundigen was de pleger een bekende, en bij twee een onbekende.

Tabel 4

Indeling van de deelnemers aan de focusgroepen met ervaringsdeskundigen

Focusgroep*	Aantal *(n)*
Focusgroep 1.3: Gevolgen	8
Focusgroep 2.3: Behandeling & nazorg	7
Focusgroep 3.3: Periodieke check-ups	8
FG 4: Extra vragen van VWS	4

**Focusgroep wordt in de referenties in de tekst afgekort als FG.*

De ervaringsdeskundigen gaven aan dat ze het een fijne groep vonden, dat de sfeer veilig was, dat ze het fijn vonden om met lotgenoten open te kunnen praten, dat ze nieuwe inzichten op deden door de andere ervaringsdeskundigen, dat ze zich herkenden in wat de andere deelnemers vertelden, dat de erkenning prettig was, dat het minder heftig was dan verwacht, en dat online deelnemen prettiger was dan verwacht.

5. Resultaten: Fysieke en psychosociale gevolgen

5.1 Overkoepelende aspecten

5.1.1 Geheimhouding & moment van onthulling

Het moment waarop slachtoffers onthullen wat zij hebben meegemaakt en het moment waarop zij in behandeling gaan daarvoor, verschilt volgens professionals sterk tussen slachtoffers en kan zelfs jaren na het misbruik of de uitbuiting zijn (FG 1.1; FG 1.2). Ervaringsdeskundigen bevestigen dat het lang kan duren voordat ze hun ervaring onthullen (FG 1.3; FG 2.3) en dat ze vaak klachten maskeren (FG 2.3; FG 4). Soms doen slachtoffers pas een onthulling bij professionals wanneer zij al in behandeling zijn en terwijl de familie nog van niets af weet (FG 1.2; FG 2.2). Deze geheimhouding kan het functioneren van een slachtoffer volgens professionals beïnvloeden, omdat het een cognitief belastende taak is (FG 2.2). Het veroorzaakt bijvoorbeeld langdurige stress en heeft invloed in alle levensfasen, onder andere op stress in het lichaam (zie 5.3.2), het zelfbeeld (zie 5.2.3), de intimiteit (zie 5.2.19) en de sociale ontwikkeling (zie 5.2.21) (FG 3.1).

Of en wanneer een slachtoffer een onthulling doet hangt af van verschillende factoren. Een belangrijke factor is of de pleger een bekende is of niet. Wanneer de pleger een bekende is, kan het volgens professionals lastiger zijn om te vertellen wat er is gebeurd vanwege een loyaliteitsconflict, de aanwezigheid van de pleger in de directe omgeving, en de positieve ervaringen die het slachtoffer en diens omgeving ook hebben met de pleger (FG 1.2). Wetenschappelijke literatuur bevestigd dit (e.g., een romantische relatie met de pleger en vooral dat de pleger een familielid is, verminderd de kans op onthulling) (Allard-Gaudreau et al., 2023; Gewehr et al., 2021; Latiff et al., 2023; Loinaz et. al., 2019), en wijst uit dat bekende plegers gebruik kunnen maken van groomingstrategieën zoals omkoping en bedreiging, en isolatie van het slachtoffer (Latiff et al., 2023). De wetenschappelijke literatuur bevestigd ook dat taboes over, loyaliteitsgevoelens richting en het willen beschermen van een familielid-pleger drempels kunnen vormen voor onthulling (Allard-Gaudreau et al., 2023; Gewehr et al., 2021). Ook ervaringsdeskundigen bevestigen dat een gevoel van loyaliteit richting en dwang vanuit de pleger een slachtoffer ervan kan weerhouden om te spreken over de gebeurtenis en hulp te vragen (FG 2.3).

Een andere factor is de achtergrond van het slachtoffer (FG 1.2) en de reactie van de omgeving (zie 5.2.2) (FG 1.2; FG 2.3). Professionals benoemen dat in bepaalde gezinnen en (collectivistische) culturen praten over seks of seks voor het huwelijk taboe is, en er kans op eerwraak bestaat (FG 1.1; FG 1.2). Wanneer aanwezig bewijs van seks voor het huwelijk (e.g., beelden of SOA's) of praten over een gezonde seksuele ontwikkeling angst oplevert (zie 5.2.4), kan het voor slachtoffers volgens professionals extra moeilijk zijn om te praten over negatieve seksuele ervaringen (FG 1.2). Ervaringsdeskundigen bevestigen dat de religieuze achtergrond (e.g., Christendom) voor sommige slachtoffers heel warm, verwelkomend en accepterend kan zijn, terwijl het voor anderen juist een ongezonde basis vormt (FG 2.3). Bijvoorbeeld als het normaal is om als opvoeders over de grenzen van hun kind heen gaan, er veel nadruk word gelegd op geen seks voor het huwelijk, er niet gesproken word over seks, het een cultuur van schaamte creëert en er aan victim blaming word gedaan (FG 2.3). Wetenschappelijke literatuur bevestigt ook dat acculturatie onthulling kan bevorderen, terwijl traditionele waarden of het behoren tot een etnische minderheid onthulling kan verhinderen (Latiff et al., 2023; Shafe & Hutchinson, 2014). Volgens onderzoek zijn andere barrières voor het onthullen van seksueel misbruik onder andere hypermasculiniteit,

objectivering van vrouwen, nadruk op vrouwelijke maagdelijkheid, negatieve percepties van slachtoffers, taboes op gesprekken over seks en seksualiteit, stereotypen over seksueel misbruik (e.g., daders zijn mannen en slachtoffers zijn vrouwen), en ideeën zoals zwijgen is nodig voor het behoud van de familiereputatie of je brengt schande aan de familie door je maagdelijkheid te verliezen. Ook kan het willen beschermen van familieleden voor negatieve gevolgen door te leren wat er gebeurd is hen tegenhouden om te onthullen (Warrington et al., 2023). Daarentegen kunnen steun en geloof vanuit de omgeving cruciaal, bevorderend zijn voor het onthullen van seksueel misbruik (Latiff et al., 2023). Onderzoek laat ook zien dat er in gezinnen die patriarchale autoriteit versterken met rigide rollen, strikte gehoorzaamheid van kinderen eisen, gezinsleden isoleren van de gemeenschap, gebruik maken van gesloten en indirecte communicatie en familieproblemen bespreken vermijden, een lagere of vertraagde mate van onthulling is met betrekking tot seksueel misbruik. Ook ervaringsdeskundigen bevestigen dat negatieve reacties van de omgeving onthulling kan vertragen (FG 2.3). Zo kan het bagatelliseren van klachten, iets over jezelf vertellen als behandelaar, en victim blaming en onbegrip (e.g., door mentoren, familieleden of politieagenten) resulteren in twijfelen aan zichzelf, en langdurigere geheimhouding en periodes zonder hulp (FG 2.3). Volgens ervaringsdeskundigen kan ook een gebrek aan reactie of doorvragen van bijvoorbeeld familieleden en behandelaren de onthulling vertragen (FG 2.3). Slachtoffers vinden het lastig om er uit zichzelf open over te praten en als ze er wel over praten is dit vaak geen duidelijke taal, maar ‘cryptisch’ of met ‘hints’ (FG 2.3. Hier word vervolgens niet altijd op doorgevraagd (FG 2.3).

Daarnaast ontwikkelen klachten zich volgens professionals en ervaringsdeskundigen soms pas op langere termijn (FG 1.2; FG 1.3). Wetenschappelijke literatuur wijst er ook op dat seksuele kindermishandeling vaker onthuld wordt door slachtoffers die meer stress en negatieve emoties ervaren als gevolg van het seksueel misbruik (Latiff et al., 2023). Ernstigere vormen van seksueel misbruik kunnen volgens onderzoek mogelijk sneller leiden tot onthulling vanwege de zichtbare fysieke gevolgen of de intense negatieve gevolgen die slachtoffers ervaren. Echter is de wetenschappelijke literatuur er niet eenduidig over of de ernst van het misbruik gerelateerd is aan onthulling. Ervaringsdeskundigen bevestigen dat onthulling kan plaatsvinden door de zichtbaarheid van de klachten (FG 2.3).

Verder kan de leeftijd van het slachtoffer een rol spelen in de onthulling. Wetenschappelijke literatuur wijst er daarnaast op dat seksuele kindermishandeling vaker onthuld wordt door slachtoffers die het recent hebben meegemaakt; i.e., onthulling komt vaker voor in dezelfde ontwikkelingsfase als die waarin ze het misbruik hebben meegemaakt (Allard-Gaudreau et al., 2023; Latiff et al., 2023). Een deel van het onderzoek wijst uit dat onthulling minder vaak plaatsvindt als slachtoffers jonger zijn (Gewehr et al., 2021), en vaker als slachtoffers ouder zijn, mogelijk door betere cognitieve vaardigheden en een verandering van perspectief (Allard-Gaudreau et al., 2023; Latiff et al., 2023). Weten dat seksueel misbruik een strafbaar feit is bevordert onthulling namelijk ook (Latiff et al., 2023). Echter laat ander onderzoek zien dat de relatie tussen leeftijd en onthulling mogelijk ingewikkelder in elkaar zit, namelijk als een U-curve; jonge kinderen beschikken mogelijk nog niet over de taalkundige of cognitieve vaardigheden om het misbruik te onthullen, maar oudere kinderen zijn zich mogelijk meer bewust van sociale normen en taboes rondom seksualiteit (Allard-Gaudreau et al., 2023). Ervaringsdeskundigen geven aan dat slachtoffers hun situatie soms zelf als normaal beschouwden en pas op leeftijd inzien dat ze slachtoffer waren (FG 1.3; FG 2.3). Ook kunnen slachtoffers nog niet altijd de klachten duiden en onder woorden brengen wat er gebeurd is (FG 2.3). Onderzoek geeft een vergelijkbare verklaring,

namelijk dat slachtoffers hun eigen klachten niet goed begrijpen en niet altijd de relatie zien met hun ervaringen van seksueel misbruik, waarbij taalvaardigheden en opleidingsniveau een rol spelen (Rajan et al., 2021).

Ook de factor cognitieve vaardigheden speelt mee in de onthulling. Seksuele kindermishandeling wordt vaker onthuld door slachtoffers met een hoger IQ, en minder vaak door slachtoffers met een verstandelijke beperking omdat zij moeite hebben met het begrijpen en verwoorden van het misbruik door beperkte communicatieve vaardigheden (Latiff et al., 2023; Soylu et al., 2013; Wissink et al., 2014).

Een andere factor in het wel of niet onthullen is gender. Seksuele kindermishandeling wordt volgens onderzoek later en minder vaak onthuld door mannen dan vrouwen, onder andere als gevolg van sociale angsten en stereotypen (Allard-Gaudreau et al., 2023; Latiff et al., 2023). Ook wanneer de pleger een vrouw is, is de kans op onthulling kleiner, vanwege het taboe op vrouwelijk seksueel misbruik en de angst van slachtoffers om niet geloofd te worden (Allard-Gaudreau et al., 2023).

Tot slot wijst de wetenschappelijke literatuur erop dat gevoelens van schaamte, schuld en angst (zie 5.2.3 en 5.2.4), en cognitieve processen (zoals zelfverwijt, minimalisering van het misbruik en vermijding of het in twijfel trekken van diens herinnering) onthulling in de weg kunnen staan (Hassanpour et al., 2025; Henkhaus, 2022; Latiff et al., 2023; Vrolijk et al., 2018). Slachtoffers kunnen bijvoorbeeld bang zijn voor negatieve gevolgen voor zichzelf (zoals letsel of overlijden door de dader, ongeloof van anderen, victim blaming, negatieve etiketten of scheiding van de familie) of voor anderen (zoals slechtere familierelaties of het in de problemen brengen van de pleger) (Latiff et al., 2023).

5.1.2 Intergenerationeel

Wanneer bekend wordt dat een kind of jongere misbruikt of uitgebuit wordt, kunnen er volgens professionals ook onthullingen volgen vanuit ouders, broers of zussen. Seksuele uitbuiting en seksuele misbruik komen namelijk regelmatig intergenerationeel voor (FG 1.1; FG 1.2). Een mogelijke verklaring die professionals hiervoor geven is dat slachtoffers van hun ouder, die ook slachtoffer is, niet goed geleerd hebben gekregen dat ze op hun eigen gevoel mogen vertrouwen, hoe ze moeten weten welke handelingen ze wel of niet fijn vinden, hoe ze spanning moeten herkennen en reguleren, en wat gezonde grenzen zijn en hoe ze die moeten aangeven (FG 1.2). Deze dingen worden namelijk vaak op non-verbale wijze aangeleerd, bijvoorbeeld via de relaties die een ouder zelf aangaat (FG 1.2). Onderzoek bevestigd de intergenerationele overdracht van seksueel slachtofferschap, waarbij ervaringen van seksueel misbruik bij ouders en grootouders samenhangen met een verhoogd risico op slachtofferschap bij volgende generaties (Badenes-Ribera et al., 2019; Testa et al., 2011). Deze overdracht verloopt deels via opvoedings- en relationele mechanismen, zoals permissiever ouderschap, het accepteren van risicovol gedrag en verstoorde hechtingspatronen (Badenes-Ribera et al., 2019; Testa et al., 2011).

5.1.3 Leeftijd & ontwikkelingsfase

De leeftijd en ontwikkelingsfase van een kind of jongere zijn volgens professionals belangrijk voor de impact van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik op diens leven (FG 1.1; FG 1.2). Wanneer kinderen jong zijn als ze

slachtoffer worden van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik lopen zij een groter risico op negatieve gevolgen en herhaald slachtofferschap (FG 1.1; FG 1.2). Dit heeft onder andere te maken met dat slachtoffers op jonge leeftijd nog weinig copingsvaardigheden hebben geleerd, minder kennis hebben over seksualiteit (e.g., wat hoort wel en wat niet), niet altijd erkennen dat ze slachtoffer zijn, en de klachten die ze ervaren niet duiden als gevolg van het misbruik of de uitbuiting (FG 1.1; FG 1.2; FG 2.2; FG 2.3). Omdat slachtoffers zichzelf niet altijd zien als slachtoffer of zich nog niet bewust zijn van wat er gebeurd is, moeten er volgens de professionals in een gesprek geen aannames in vraagstellingen zitten (e.g., dat de gebeurtenis onprettig was) (FG 2.2). De wetenschappelijke literatuur bevestigd dat seksueel misbruik in de vroege kindertijd (0-5 jaar) een groter risico geeft op PTSS in de volwassenheid dan seksueel misbruik in de midden of late kindertijd (Capretto, 2017). Verklaringen hiervoor zijn dat bepaalde elementen van het misbruik vaker plaatsvinden bij jonge kinderen (e.g., de pleger is een verzorger of een gebrek aan copingmechanismen), dat vroege verstoringen in de ontwikkeling de ontwikkeling later kunnen blijven verstoren, of dat het te maken heeft met de kwetsbaarheid van hersengebieden op deze jonge leeftijd. Seksueel misbruik van kinderen vindt volgens onderzoek bovendien vaak plaats binnen bestaande sociale relaties en in huiselijke contexten, waarbij daders misbruik maken van routineuze contactmomenten en beperkte bescherming (McKillop et al., 2015). Leeftijdsgebonden dagelijkse activiteiten en mate van zelfstandigheid bepalen daarbij wanneer, waar en onder welke omstandigheden kinderen extra kwetsbaar zijn.

De factoren copingsvaardigeheden, minder kennis over seksualiteit, slachtofferschap niet erkennen en klachten niet duiden, geldt volgens professionals ook voor slachtoffers met een lichtverstandelijke beperking (LVB) (FG 1.2; FG 2.2). Bovendien kunnen zij moeite hebben met het verwoorden van wat hen is overkomen door beperkte communicatieve vaardigheden (FG 1.2; FG 2.2; Latiff et al., 2023; Stobbe et al., 2021; Wissink et al., 2014). Mensen met een LVB lopen volgens onderzoek bijvoorbeeld een groter risico op seksuele uitbuiting en seksueel misbruik, en het komt in deze doelgroep dan ook veel vaker voor evenals herhaald slachtofferschap (Nationaal Rapporteur, 2022; Reid, 2016; Soylu et al., 2013). Ze hebben het niet door wanneer ze met een uitbuiter te maken hebben wanneer hij zich als ‘vriendje’ voordoet (Reid, 2016). Ook hebben ze meer moeite met het inschatten van risico’s en laten ze zich gemakkelijker overhalen. Ondanks dat slachtoffers met een LVB minder vaak doorhebben dat ze worden misbruikt, ervaren ze een vergelijkbaar of hoger niveau van trauma, depressie, agressie en dissociatie (Reid, 2016; Soylu et al., 2013). Ook hebben ze een grotere kans op zwangerschap.

Professionals geven aan dat naarmate slachtoffers ouder worden, de herinneringen aan de ervaringen een andere betekenis kunnen krijgen, wat herevaluatie genoemd wordt (FG 3.1). Dit gebeurd vaak op momenten waarop veel veranderingen plaatsvinden, zoals bij de adolescentie, jongvolwassenheid en ouderschap, en bij slachtoffers wie al op jonge leeftijd traumabehandeling hebben gehad (FG 3.1). Door de herevaluatie kunnen nieuwe klachten of hulpvragen ontstaan (FG 1.1; FG 3.1; FG 3.2).

5.1.4 Duur, frequentie & ernst

Volgens ervaringsdeskundigen duurt uitbuiting of misbruik vaak jaren en is het frequent (e.g., van elke twee weken tot zelfs dagelijks) en maken slachtoffers dit vaak herhaaldelijk mee (FG 1.3). Volgens professionals is er geen duidelijke relatie tussen de duur en frequentie van de uitbuiting of het misbruik en de ernst van de gevolgen (FG 1.1; FG 1.2). Een eenmalige gebeurtenis kan volgens hen evenveel klachten veroorzaken bij een

slachtoffer als wanneer hij of zij dit meermaals had meegemaakt. Wetenschappelijke literatuur laat echter wel een verschil zien. Seksueel geweld dat chronisch/herhaaldelijk is (in vergelijking met eenmalig), ernstiger is (met (poging tot) penetratie in vergelijking met enkel aanraken), waarbij geweld is gebruikt), en gepleegd is door een familielid, leiden tot ernstigere psychische klachten (zoals PTSS- of depressieve symptomen) (zie 5.2.1 en 5.2.10) (Cea et al., 2025; Hébert et al., 2014; Noll, 2021; Shrivastava et al., 2017). Echter wordt ook aangegeven dat deze relatie niet per definitie lineair is, maar eerder persoonsgebonden is, omdat de klachten zich niet in elke situatie direct ontwikkelen (Noll, 2021). Ervaringsdeskundigen gaven ongeacht het type ervaring aan dat ze te maken hebben met langdurige en vaak levenslange gevolgen (FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Het herstel en de verwerking is ook volgens professionals en ervaringsdeskundigen geen lineair proces, maar verloopt met vallen en opstaan en het aanlopen tegen nieuwe klachten (FG 3.1; FG 1.3; FG 4). Dit kan bijvoorbeeld gebeuren bij belangrijke levensgebeurtenissen, zoals het krijgen van een kind. Ook onderzoek bevestigd dat het herstelproces dynamisch is (Hutschenmaekers et al., 2019).

5.1.5 Pleger: relatie tot slachtoffer & leeftijd

Ervaringsdeskundigen benoemen soms slachtoffer te zijn geworden van onbekenden, maar veelal van een bekende, zoals een vriendinnetje, bekende van straat, kliniekgenootje, huisgenoot, klasgenoot, date, collega, baas, buurman, (pleeg-/stief-) vader, gastouder, of broer (FG 1.3). De gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik voor een slachtoffer hangt volgens professionals en ervaringsdeskundigen deels samen met of de pleger een bekende is of niet (FG 1.1; FG 1.2; 1.3). Wanneer de pleger een bekende is, kan het namelijk zo zijn dat het slachtoffer en diens omgeving ook leuke herinneringen hebben met de pleger en er een loyaliteitsconflict ontstaat waarbij ze de pleger willen beschermen (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 4). Ervaringsdeskundigen gaven aan dat er bij slachtoffers ook gemengde gevoelens kunnen zijn als de pleger overlijdt, en ze dus niet enkel blij zijn (FG 1.3). Als de pleger een bekende is, is het volgens professionals en onderzoek bovendien lastiger om de gebeurtenis te onthullen en om hulp te vragen (zie 5.1.1) (FG 1.2; Loinaz et. al., 2019). Ook is het voor het slachtoffer en de omgeving makkelijker om boos te worden op een onbekende dan bekende pleger (FG 1.1; FG 4). Voor ouders kan het bijvoorbeeld lastiger zijn om te erkennen dat hun kind een pleger is dan dat hun kind een slachtoffer is (FG 1.1.). Bovendien kan het zijn dat slachtoffer en pleger onder hetzelfde dak wonen (FG 1.1). Onderzoek laat bovendien zien dat wanneer er sprake was van een kennis of date-relatie tussen pleger en slachtoffer, familielid of gerespecteerd persoon, dat er vaker sprake is van victim blaming (zie 5.2.2) (Gravelin et al., 2017; Nöthling et al., 2022). Daarnaast bevestigd onderzoek dat seksueel geweld dat gepleegd is door een familielid leidt tot ernstigere psychische klachten, mogelijk deels doordat het vaak herhaaldelijk plaatsvindt (Cea et al., 2025; Hébert et al., 2014; Loinaz et al., 2019; Noll, 2021).

Daarnaast hangen de gevolgen volgens professionals voor een deel af van de leeftijd van de pleger (FG 1.1; FG 1.2). Leeftijdsgenoten of mensen met een LVB kunnen ook plegers zijn, bijvoorbeeld uit onwetendheid. (FG 1.2) Wanneer de pleger een leeftijdsgenoot is, wordt er vaker aan victim blaming gedaan en wordt de pleger vaker een hand boven het hoofd gehouden (FG 1.1). Ook onderzoek laat zien dat buitenstaanders kind-op-kind misbruik minder snel zien als seksueel misbruik, dat ze het zien als minder erg, en minder schuld toekennen aan de pleger dan wanneer de pleger een volwassene is (Giglio et al., 2011).

Onderzoek toont verder aan dat seksuele misbruikincidenten samenhangen met de leeftijdsgebonden routines

van kinderen (McKillop et al., 2015). Naarmate kinderen ouder worden en meer zelfstandigheid krijgen, veranderen hun dagelijkse activiteiten, toezicht en contactmomenten wat hun blootstelling aan potentiële daders beïnvloedt. Het misbruik vindt meestal plaats bij kinderen tot wie daders routinematig toegang hebben, vaak bekenden met wie al een niet-seksuele relatie bestond, en voornamelijk in huiselijke settings, ongeacht leeftijd of geslacht. Daarnaast neemt het risico op seksueel misbruik toe met de leeftijd van de dader.

5.1.6 Online

Online seksueel overschrijdend gedrag brengt volgens professionals andere gevolgen met zich mee en komt vaker voor bij jongere mensen (FG 1.1; FG 1.2). Deze situaties kunnen zich voordoen via onder andere games en sociale media (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3). Wanneer er seksueel getinte beelden van slachtoffers zijn, bijvoorbeeld AI-gegenereerd of uit de context gehaald, kan er volgens professionals exposing plaatsvinden (FG 1.1; FG 1.2). Online beelden kunnen in een korte tijd grote groepen mensen bereiken, zoals een hele middelbare school of zelfs meerdere scholen in de buurt (FG 1.1; FG 1.2). Deze beelden kunnen vervolgens op een later moment opnieuw verspreid worden (FG 1.1). De angst voor het verspreiden van de beelden kan er volgens professionals voor zorgen dat slachtoffers snel in een afhankelijkheidspositie terecht komen (FG 1.2), waarbij bijvoorbeeld een uitbuiter de beelden gebruikt als chantagemiddel (FG 1.1). Dit wordt ook wel sextortion genoemd; een vorm van dwang met online beelden om een slachtoffer te laten voldoen aan bepaalde gedragsmatige of financiële eisen (Ray & Henry, 2025; Walsh & Tener, 2022).

Slachtoffers kunnen door de pleger vervolgens continu bereikt worden via hun mobiel, wat volgens professionals, ervaringsdeskundigen en onderzoek resulteert in continue spanning en angst (FG 1.2; FG 1.3; Ray & Henry, 2025; zie 5.2.4). Voorbeelden van angsten die ervaringsdeskundigen gaven zijn angsten voor het trillen van een mobiel, appen en camera's (FG 1.3). Ervaringsdeskundigen gaven ook aan dat deze angsten kunnen resulteren in slaapproblemen, en effect hadden op de opvoeding van hun eigen kinderen, door bijvoorbeeld sociale media of online spellen (e.g., Roblox) af te houden en te praten met de kinderen over de mogelijke gevaren (FG 1.3). Daarnaast ervaren ze als gevolg veel onveiligheid, ook thuis (zelfs na verhuizen), en hebben ze een gevoel van naaktheid, omdat ze niet weten wat er met de beelden gebeurd is en wie deze gezien heeft (FG 1.3). Professionals benoemen dat het ook moeilijk kan zijn om bewijs te verzamelen, omdat bepaalde beelden en berichten binnen 24 uur automatisch verdwijnen, zoals op Snapchat (FG 1.1). Daarnaast ervaren slachtoffers van online seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals exposing of sextortion vaker victim blaming volgens professionals (zie 5.2.2) (FG 1.1). Professionals geven daarnaast aan dat wanneer slachtoffers zelf beeldmateriaal gestuurd hebben naar de pleger en vervolgens geëxposed worden, er door de omgeving soms meer verantwoordelijkheid wordt gelegd bij het slachtoffer (FG 1.1). De wetenschap laat ook zien dat slachtoffers van sextortion veel last kunnen hebben van zelfverwijt, schaamte, vernedering, angst (nerveus voelen en paniekaanvallen), boosheid, depressie, suïcidale gedachten, zelfbeschadiging, zich ongemakkelijk of vies voelen, eetproblemen, financiële problemen, stalken, bedreigingen, verminderde relaties met familie en vrienden, schoolproblemen, en verandering in school of baan (Ray & Henry, 2025; Walsh & Tener, 2022). Ervaringsdeskundigen ervaren als slachtoffer ook dat mensen uit de omgeving zelfs lang na de gebeurtenis hen er nog op aankijken, pesten of negatieve opmerkingen plaatsen op sociale media ook als ze niet het hele verhaal of de beweegredenen kennen (FG 1.3). Ze sloten zich ook regelmatig af van de omgeving, bijvoorbeeld door niet meer naar school of buiten te gaan en sociale media af te schermen of te controleren (FG 1.3). De

literatuur bevestigd dit en laat zien dat slachtoffers hun eigen computergebruik beperken, zich afsluiten van de online (of offline) omgevingen en hun online accounts verwijderen (Ray & Henry, 2025).

5.1.7 Beschermende factoren: Veerkracht

Hoewel seksueel misbruik en seksuele uitbuiting sterke risicofactoren zijn voor latere problemen, laten wetenschappelijke bevindingen zien dat de uitkomsten niet voor iedereen hetzelfde zijn. Veerkracht speelt hierbij een cruciale rol. Veerkracht wordt gezien als een dynamisch proces waarin zowel risico als positieve adaptatie centraal staan, wat kan variëren over tijd en context (Ioannidis et al., 2020; Klika & Herrenkohl, 2013). Vanuit dit dynamisch perspectief wordt veerkracht beïnvloed door een interactie van genetische, neurobiologische en sociale factoren die langdurige effecten kunnen hebben (Amstadter et al., 2014; Ioannidis et al., 2020).

Uit onderzoek blijkt dat 10% tot 53% van de personen met een geschiedenis van seksueel misbruik in de kindertijd een relatief normaal functioneren behoudt (Domhardt et al., 2014). Beschermende factoren die hiervoor kunnen zorgen zijn onder meer sociale steun, optimisme, copingsvaardigheden en gezinscohesie (Domhardt et al., 2014; Mariott et al., 2013). Ook bredere sociaalecologische factoren, zoals school, gemeenschap en maatschappelijke voorzieningen, spelen een rol (Cai, 2022; De Vries et al., 2025; Fritz et al., 2018). Deze inzichten benadrukken dat negatieve gevolgen ernstig kunnen zijn, maar niet onvermijdelijk, en dat interventies zich kunnen richten op het versterken van deze beschermende factoren.

5.2 Psychosociale gevolgen

5.2.1 Psychotrauma en dissociatieve klachten

Slachtoffers kunnen psychotraumaklachten ontwikkelen volgens professionals, ervaringsdeskundigen en onderzoek (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3). De traumatische gebeurtenis, zoals bijvoorbeeld seksueel misbruik, kan op het moment zelf een respons uitlokken van intense angst, hulpeloosheid, angst, ongeorganiseerd of geagiteerd gedrag (Hornor, 2010). Daarna kan het PTSS-klachten als gevolg hebben (Godoy et al., 2025; Hornor, 2010; Jimenez et al., 2015; Montoya & Saunt, 2024; Shaw et al., 2017; Steine et al., 2017; Vrolijk et al., 2018; Wilson & Butler, 2014). De symptomen van PTSS kunnen zich direct na het misbruik ontwikkelen, maar ook maanden of jaren later, bijvoorbeeld na een bepaalde ontwikkelingsmijlpaal zoals het seksueel actief worden of het krijgen van een kind (Hornor, 2010). Onder de symptomen vallen herbelevingen van de traumatische gebeurtenis die zich kunnen uiten in terugkerende en indringende herinneringen aan de gebeurtenis, repetitief spel dat draait om de gebeurtenis, repetitieve dromen over de gebeurtenis, handelen of voelen alsof de gebeurtenis nu opnieuw plaatsvindt, en intense psychologische of fysiologische reacties bij blootstelling aan triggers/stimuli (Hornor, 2010; FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3). Professionals benoemen ook dat bepaalde situaties (onbewust) triggerend kunnen zijn, omdat het slachtoffers herinnert aan de gebeurtenis (FG 1.2). Voorbeelden van triggers zijn volgens professionals en ervaringsdeskundigen: geuren, smaken, gedragingen, stemgebruik, voorwerpen of klederdracht (FG 1.2; FG 1.3). Een dergelijke trigger kan resulteren in een herbeleving (FG 1.1). Bij PTSS worden bepaalde stimuli, die geassocieerd worden met het trauma, vermeden en kan de emotionele responsiviteit verminderd worden (Hornor, 2010). Echter kan PTSS ook gepaard gaan met verhoogde arousal, bijvoorbeeld door moeite met in slaap vallen of blijven (5.3.4), woede-

uitbarstingen (5.2.5), prikkelbaarheid, concentratieproblemen (5.2.6) of hypervigilantie (Hornor, 2010). Deze symptomen zijn ernstiger wanneer een slachtoffer seksueel misbruik meemaakt als zowel kind als volwassene (Hornor, 2010). Seksueel misbruik dat chronisch/herhaaldelijk is (in vergelijking met eenmalig), ernstig is (met (poging tot) penetratie in vergelijking met enkel aanraken) en waarbij geweld is gebruikt leiden ook tot ernstigere PTSS-symptomen (Hébert et al., 2014). Daarnaast resulteert het hebben van PTTS volgens professionals voor een verhoogde kans op revictimisatie (FG 2.2).

Slachtoffers kunnen daarnaast volgens professionals, ervaringsdeskundigen en de wetenschappelijke literatuur dissociatieve klachten ontwikkelen (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; Covers et al., 2021; Hornor, 2010; Jimenez et al., 2015; Montoya & Saunt, 2024; Steine et al., 2017; Wilson & Butler, 2014). Zo is seksueel misbruik bijvoorbeeld geassocieerd met een dissociatieve identiteitsstoornis (Hornor, 2010). Kinderen en jongeren kunnen om hun mentale gesteldheid te beschermen zich onbewust afsluiten van hun (intens negatieve) emoties (Blehm, 2024). Dit is een manier om cognitief afstand te nemen van de intense ervaring, wanneer dit fysiek niet mogelijk is. Er zijn zowel 'positieve' als 'negatieve' dissociatieve symptomen (APA, 2022). Onder positieve dissociatieve symptomen vallen situaties waarin een kind of jongere ongevraagde intrusies ervaart in het bewustzijn en gedrag, zoals bij depersonalisatie, desomatisatie en derealisatie (respectievelijk, vervreemding van de persoon, het lichaam of de realiteit). Onder negatieve dissociatieve symptomen vallen situaties waarin een kind of jongere geen controle heeft over of toegang heeft tot herinneringen, gedachten, gevoelens of gedragingen, zoals bij dissociatieve amnesie en fugue. Dissociatie is een van de sterkste voorspellers van toekomstige PTSS (Bicanic et al., 2014). Daarnaast is de kans op dissociatie extra groot wanneer het seksueel misbruik gepaard ging met wurging of verstikking en komt amnesie veel voor (Kate et al., 2021). Ervaringsdeskundigen benoemen dat de klachten kunnen variëren van het uitschakelen van gevoelens tot het missen van hele stukken geheugen (FG 1.3).

5.2.2 Victim blaming & second rape

Slachtoffers krijgen volgens professionals en ervaringsdeskundigen vaak te maken met victim blaming / second rape en andere negatieve reacties uit de omgeving (FG 1.1; FG 1.2; FG 2.3). De wetenschap bevestigt dit en definieert victim blaming als het toeschrijven van (gedeelde) schuld of verantwoordelijkheid voor het meemaken van seksueel geweld aan slachtoffers op basis van factoren zoals wat het slachtoffer deed of droeg, hoe aantrekkelijk een slachtoffer is, hun relatie met de pleger, respectabiliteit, professionele status en alcohol- of drugsgebruik (Gravelin et al., 2017; Gravelin et al., 2019; Pinciotti et al., 2017; Van der Bruggen & Grubb, 2014). Slachtoffers die dronken waren krijgen vaker schuld toegekend, terwijl dronken daders juist meer worden ontschuldigd. Professionals geven als voorbeeld dat omstanders opmerkingen maken over dat slachtoffers weg hadden kunnen gaan uit de situatie, zonder rekening te houden met de mentale greep die bijvoorbeeld uitbuiters op een slachtoffer hebben (FG 1.2). Daarnaast wordt de schuld bijvoorbeeld bij het slachtoffer gelegd door te zeggen dat het slachtoffer met veel mensen het bed heeft gedeeld, terwijl het slachtoffer in werkelijkheid misbruikt is (FG 1.2). Onderzoek laat zien dat mannen significant meer schuld toekennen aan slachtoffers voor een verkrachting dan vrouwen, minimaliseren in grotere mate, en ook minder sympathie hebben voor slachtoffers (Pinciotti et al., 2017; Van der Bruggen & Grubb, 2014). Ook hangt instemming met verkrachtingsmythen vooral bij mannen sterk samen met victim blaming (Gravelin et al., 2019). Daarentegen krijgen mannelijke slachtoffers vaker de schuld van een verkrachting dan vrouwelijke slachtoffers (Van der

Bruggen & Grubb, 2014), maar krijgen ze ook meer schuld toebedeeld wanneer ze zelf slachtoffer zijn (Strömwall, 2012). Daarnaast laat onderzoek zien dat wanneer er sprake was van een bekende pleger (e.g., familielid), gerespecteerd persoon, kennis of date-relatie tussen pleger en slachtoffer, dat er vaker sprake is van victim blaming (Gravelin et al., 2017; Gravelin et al., 2019; Nöthling et al., 2022). De schuld die wordt toegekend is groter naarmate de relatie tussen slachtoffer en dader nauwer en romantischer is. Ook wordt een deel van de slachtoffers volgens professionals gepest op school of laten vrienden hen vallen (zie 5.2.21) (FG 1.1).

Dergelijke (onbedoeld) verkeerde reacties van de omgeving, waaronder gezinsleden, (zeden)politie of vrienden, zijn volgens professionals soms schadelijker of pijnlijker dan het misbruik zelf (FG 1.1; FG 1.2). Slachtoffers kunnen hierdoor het gevoel krijgen niet te kunnen praten over wat er gebeurd is (zie 5.1.1) (FG 1.2). Ondanks dat een steunende omgeving een belangrijke beschermende factor is, kunnen slachtoffers ook na behulpzame reacties nog steeds vastlopen volgens professionals (FG 1.1). Onderzoek laat wel zien dat positieve steun kan zorgen voor minder victim blaming van anderen, wat indirect gevolgen kan hebben voor zelfverwijt, coping en PTSS (Pinciotti et al., 2017). Ook laat onderzoek zien dat de kans op negatieve psychosociale gevolgen kleiner is wanneer het slachtoffer steun krijgt van de omgeving, een goede band heeft met ouders en hij of zij gelooft wordt bij onthulling (Hébert et al., 2014; Hornor, 2010).

5.2.3 Zelfbeeld, schaamte & schuldgevoelens

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen veel last hebben van gevoelens van schaamte en schuld en een verminderd zelfbeeld (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Ze schamen zich bijvoorbeeld wanneer hun lichaam een fysieke reactie heeft gegeven tijdens de gebeurtenis (FG 1.2). Ervaringsdeskundigen geven aan zich ook te kunnen schamen over de gevolgen die ze ondervinden, zoals zweten, vaginisme, seksualiteit, het bekijken van pornografie, of eigen agressie (1.3). In collectivistische gemeenschappen kan de kans op schaamte volgens professionals hoger zijn, zelfs als het netwerk verder erg steunend is (FG 1.1). Daarnaast kan de schaamte volgens ervaringsdeskundigen versterkt worden als er over bepaalde aspecten (e.g., vaginisme) niet veel gepraat wordt, waardoor het idee ontstaat dat je de enige bent (FG 1.3). Schuldgevoelens bij slachtoffers kunnen volgens professionals ook de vorm aannemen van vragen zoals of ze iets hadden kunnen doen om de gebeurtenis te voorkomen (FG 1.2). Ervaringsdeskundigen beschrijven het verminderde zelfvertrouwen en zelfbeeld als zich nooit goed genoeg voelen, zich minder dan een ander voelen en zelfhaat (FG 1.3). Ook onderzoek laat gevoelens van schaamte en schuld zien als gevolg van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting, wat onthulling bemoeilijkt (zie 5.1.1) (Covers et al., 2021; Hassanpour et al., 2025; Henkhaus, 2022; Latiff et al., 2023; Ray & Henry, 2025; Vrolijk et al., 2018; Wilson & Butler, 2014).

5.2.4 Angst & laag zelfvertrouwen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen angstklachten en een laag zelfvertrouwen ontwikkelen (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 4). Zo kunnen ze de angst hebben voor binding, om verlaten te worden, om niet leuk gevonden te worden, om afgewezen te worden, om niet geaccepteerd te worden, om niet geloofd te worden, voor appen, voor naar buiten of school gaan, voor seksualiteit, voor afvallen, voor camera's of voor inwendig onderzoek (FG 1.1; FG 1.4). Slachtoffers kunnen volgens professionals en

ervaringsdeskundigen bovendien het gevoel van veiligheid verliezen (FG 1.2; FG 1.3; FG 3.3; FG 4). Ervaringsdeskundigen beschreven het als een onveilig gevoel in zichzelf, in andere mensen en in elke omgeving (FG 1.3). Soms weten ze ook niet meer hoe het is om je ergens veilig te voelen (FG 1.3) of voelen ze zich continu alert (FG 4). Ook in de wetenschappelijke literatuur worden langdurige angstklachten en laag zelfbeeld genoemd als gevolg van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Chen et al., 2010; Covers et al., 2021; Godoy et al., 2025; Henkhaus, 2022; Hornor, 2010; Ray & Henry, 2025; Shaw et al., 2017; Steine et al., 2017; Wilson & Butler, 2014). Slachtoffers zijn bijvoorbeeld bang dat de pleger ze geweld aan zal doen, dat anderen hun niet zullen geloven of de schuld zullen geven, dat ze te schande worden gemaakt of dat ze gescheiden zullen worden van hun familie (Latiff et al., 2023). De literatuur duidt ook op paniekaanvallen als gevolg (Shaw et al., 2017). Daarnaast kunnen slachtoffers volgens professionals en ervaringsdeskundigen het vertrouwen verliezen in de mensen om zich heen, de hulpverlening, en de mensheid (FG 1.1; FG 1.2; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Hierdoor kunnen zij vereenzamen (zie 5.2.14), bijvoorbeeld omdat ze contact met anderen vermijden om niet nog een keer slachtoffer te worden van iemand die ze vertrouwde (FG 1.2). Ook in de literatuur wordt een gevoel van wantrouwen genoemd als gevolg (Nöthling et al., 2022; Wilson & Butler, 2014).

5.2.5 Agressie & gedragsproblemen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen agressieklachten ontwikkelen (FG 1.2; FG 1.3). Ook in de wetenschappelijke literatuur wordt gewelddadig gedrag als coping mechanisme genoemd, voornamelijk bij adolescente jongensslachtoffers, als gevolg van seksueel misbruik (Hornor, 2010). Ander onderzoek noemt ook (zowel in jongens als meisjes) agressie (Norton-Baker et al., 2019; Shaw et al., 2017; Wilson & Butler, 2014), gedragsproblemen (Vrolijk et al., 2018) of zelfs een normoverschrijdend-gedragsstoornis als gevolg (Godoy et al., 2025; Shaw et al., 2017). Daarnaast is slachtofferschap ook gelinkt aan seksuele agressie (zie 5.2.19) (Drury et al., 2019; King et al., 2019). Ook laat onderzoek zien dat slachtoffers van seksuele uitbuiting vaker gearresteerd worden, regels doorbreken, delinquent gedrag laten zien en externaliserend gedrag vertonen (Shaw et al., 2017).

5.2.6 Concentratieproblemen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen concentratieproblemen ontwikkelen (FG 1.1; FG 1.2; FG 2.3; FG 4). Ook in de wetenschappelijke literatuur worden ADHD symptomen en aandachtsproblemen genoemd als gevolg van het trauma door seksueel misbruik en seksuele uitbuiting, alhoewel deze symptomen soms beter passen bij de classificatie PTSS of angst (Godoy et al., 2025; Henkhaus, 2022; Honor, 2010; Shaw et al., 2017).

5.2.7 Persoonlijkheidsproblematiek

Volgens ervaringsdeskundigen en onderzoek is er een associatie met persoonlijkheidsproblematiek, waaronder de borderline persoonlijkheidsstoornis (Hornor, 2010; FG 2.3). Echter kunnen slachtoffers zich niet altijd vinden in de persoonlijkheidsproblematiek-classificaties (FG 2.3).

5.2.8 Psychoses en hallucinaties

Volgens ervaringsdeskundigen kunnen slachtoffers ook te maken krijgen met hallucinaties (e.g., het horen van

stemmen) en zelfs psychoses (FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). De literatuur laat ook een samenhang zien tussen seksueel misbruik in de kindertijd en psychoses en het horen van stemmen, ofwel auditory verbal hallucinations (AVHs) (Baumeister et al., 2016; McCarthy-Jones, 2011). Een aanzienlijk deel van de personen met AVHs rapporteert een voorgeschiedenis van seksueel misbruik, zowel binnen psychiatrische populaties als daarbuiten (McCarthy-Jones, 2011). Omgekeerd komen AVHs relatief vaak voor bij overlevenden van seksueel misbruik, ook in de algemene bevolking. Hoewel deze bevindingen wijzen op een duidelijke associatie, is er op basis van de huidige kwantitatieve literatuur onvoldoende bewijs om een directe causale relatie tussen CSA en AVHs vast te stellen. Wat betreft de mogelijke werking suggereren studies dat seksueel misbruik vooral van invloed is op de inhoud en betekenis van stemmen. Onderzoek naar AVH-inhoud laat zien dat wat stemmen zeggen en wie zij representeren vaak thematisch samenhangt met aspecten van het misbruik, zoals vernedering, bedreiging of de identiteit van de dader. Zwaardere en vroegere misbruik-ervaringen worden daarbij in verband gebracht met meer vijandige of dwingende stemmen. Mogelijk ontstaan deze stemmen doordat traumatische ervaringen doorwerken in iemands innerlijke spraak en betekenisgeving, waardoor interne gedachten en herinneringen als externe stemmen worden ervaren. Hierbij gaat het niet om letterlijke herbelevingen van het misbruik, maar om een verwerking waarbij trauma invloed heeft op hoe gedachten vorm krijgen en worden beleefd.

5.2.9 Dwangklachten

Volgens ervaringsdeskundigen kunnen slachtoffers ook te maken krijgen met dwangklachten, zoals OCD en smetvrees (FG 1.3). De literatuur bevestigt dit (Shaw et al., 2017). Zo laat onderzoek naar traumatische ervaringen in de kindertijd zien dat deze samenhangen met obsessief-compulsieve klachten (Ou et al., 2021). Kindermishandeling, waaronder seksueel misbruik, blijkt gerelateerd aan ernstigere obsessief-compulsieve symptomen. Daarnaast hangt seksueel misbruik in de kindertijd specifiek samen met meer uitgesproken obsessieve gedachten. Mogelijk spelen hierbij blijvende gevoelens van walging en intrusieve herinneringen aan het misbruik een rol.

5.2.10 Stemmingsklachten (depressie en bipolair)

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen stemmingsklachten ontwikkelen (FG 1.1; FG 1.2; FG 4). In de literatuur worden depressie en bipolaire stoornis bijvoorbeeld als gevolgen van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting genoemd (Covers et al., 2021; Godoy et al., 2025; Hornor, 2010; Ray & Henry, 2025; Shaw et al., 2017; Steine et al., 2017; Vrolijk et al., 2018; Wilson & Butler, 2014). Van de kinderen en jongeren die een depressie hebben, hebben zij die wél seksueel misbruik hebben meegemaakt vaker last van een toegenomen eetlust (zie 5.2.12), gewichtstoename (zie 5.3.5), hypersomnie (zie 5.3.4), eerdere start van depressie en een afwijkende respons op behandelmethoden voor depressie (Hornor, 2010).

5.2.11 Automutilatie & suïcidaliteit

Automutilatie is een van de maladaptieve copingstrategieën die slachtoffers kunnen ontwikkelen volgens professionals en ervaringsdeskundigen (FG 1.1; FG 1.2; 1.3; FG 4). Ook in onderzoek komt automutilatie naar voren als gevolg van sextortion, seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Bath et al., 2020; Jimenez et al., 2015; Maniglio, 2010; Ray & Henry, 2025; Steine et al., 2017; Troya et al., 2021). Daarnaast ontwikkelen sommige slachtoffers suïcidale gedachten (FG 1.2; 1.3; FG 2.3; FG 4). Ook in de literatuur wordt benoemd dat

slachtoffers van seksueel misbruik, seksuele uitbuiting en sextortion gedurende hun hele leven een verhoogd risico hebben op suïcidale gedachten, zelfmoordpogingen en suïcide (Bath et al., 2020; Chen et al., 2010; Covers et al., 2021; Devries et al., 2014; Downing et al., 2021; Hornor, 2010; Jimenez et al., 2015; Khalifeh et al., 2015; Meza et al., 2023; Ng et al., 2018; Ray & Henry, 2025; Shaw et al., 2017; Steine et al., 2017; Walsh & Tener, 2022; Wilson & Butler, 2014). Dit risico is het grootst voor jongens in de adolescentie (Hornor, 2010) en voor slachtoffers die ook een ouder in detentie hebben, in contact zijn met de kinderbescherming en gedrags- of slaapproblemen hebben (Meza et al., 2023).

5.2.12 Eetproblemen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen eetproblemen (o.a., anorexia, te veel eten of te weinig eten) ontwikkelen (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3). Dat wat ze eten is volgens professionals soms een van de weinige dingen waar ze nog een gevoel van controle over hebben (FG 1.1; FG 1.2). Ook kunnen eetproblemen of -stoornissen volgens professionals en ervaringsdeskundigen een manier zijn om met wat er gebeurd is om te gaan, zoals een vorm van verdoven van of omgaan gevoelens/pijn (FG 1.2; FG 1.3). Ervaringsdeskundigen noemden ook andere redenen zoals het henzelf pijn willen doen en niet aantrekkelijk willen zijn (FG 1.3). In de wetenschap worden seksueel misbruik (e.g., verkrachting) en seksuele uitbuiting ook geassocieerd met eetproblemen, eetstoornissen zoals bulimia nervosa (Chen et al., 2010; Hornor, 2010; Nationaal Rapporteur, 2022; Steine et al., 2017) en verminderde eetlust (Shaw et al., 2017). Eetproblemen zouden een manier kunnen zijn om te dissociëren (Montoya & Saunt, 2024). Literatuur laat echter ook zien dat eetproblemen een risicofactor kan zijn voor seksueel misbruik, mogelijk omdat dit duidt op het hechten van een grote waarde aan hoe anderen hun uiterlijk beoordelen (Vertommen et al., 2024).

5.2.13 Middelengebruik & verslaving

Ook middelengebruik (e.g., het gebruik van alcohol of drugs) is een van de maladaptieve copingstrategieën die slachtoffers kunnen ontwikkelen volgens professionals en ervaringsdeskundigen (FG 1.1; 1.3; FG 2.3; FG 4). Slachtoffers proberen door het gebruik van middelen bijvoorbeeld de realiteit te ontvluchten (FG 1.1), niet te voelen of niet te praten (FG 1.2) Dit kan resulteren in een verslaving (FG 1.1). Volgens ervaringsdeskundigen kan een verslaving ook de vorm krijgen van het kopen van veel spullen of media met extreme content consumeren (FG 1.3). Ook in onderzoek is aangetoond dat seksueel misbruik en seksuele uitbuiting resulteert in meer (en eerder) middelen- gebruik, problemen en verslaving (e.g., roken, drugs en alcohol) (Bath et al., 2020; Covers et al., 2021; Hornor, 2010; Jimenez et al., 2015; Khalifeh et al., 2015; Shaw et al., 2017; Wilson & Butler, 2014). Hier wordt in de literatuur een vergelijkbare verklaring voor gegeven, namelijk het proberen om te gaan met het trauma of om van de gevoelens van hulpeloosheid, chaos en vergankelijkheid te vluchten of dissociëren (Hornor, 2010). Middelengebruik kan echter ook een risicofactor zijn voor seksuele uitbuiting (Gerassi, 2015).

5.2.14 Vermijding & eenzaamheid

Een andere maladaptieve copingstrategie die slachtoffers volgens professionals en ervaringsdeskundigen kunnen ontwikkelen is vermijding of terugtrekken (FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3). Slachtoffers kunnen geïsoleerd en eenzaam raken (FG 1.1; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). De reactie van de omgeving kan hier volgens professionals aan bijdragen

bijvoorbeeld via victim blaming (zie 5.2.2) (FG 1.1; FG 1.2). Ook het goedbedoeld ontzeggen van sociale media door bezorgde ouders kan bijdragen aan eenzaamheid (FG 1.1). Volgens ervaringsdeskundigen kunnen ook problemen in het netwerk zorgen voor vereenzaming (zie 5.2.21; FG 1.3). Tegelijkertijd kan vermijding ook de vorm krijgen van het volledig vol plannen van de week, omdat de stilte ondragelijk is (FG 1.3). In de literatuur worden vermijding, teruggetrokken gedrag en isolatie ook geassocieerd met seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Covers et al., 2021; Latiff et al., 2023; Shaw et al., 2017; Wilson & Butler, 2014).

5.2.15 Schoolproblemen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen schoolproblemen ervaren, zoals schooluitval of een achteruitgang van de schoolprestaties (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3). Uit de literatuur blijkt dat seksuele uitbuiting en seksueel misbruik geassocieerd is met schorsing van school, mindere schoolprestaties, beperkingen in schoolactiviteiten en het niet doen van een studie (Henkhaus, 2022; Nationaal Rapporteur, 2022; Ochoa & Constantin, 2023; Shaw et al., 2017; Wilson & Butler, 2014). Deze slechtere schoolprestaties lijken te komen door hun negatieve verwachtingen voor de toekomst en dus de manier waarop ze zichzelf en hun hoop voor de toekomst zien (Ochoa & Constantin, 2023). Anderen storten zich volgens professionals en ervaringsdeskundigen, als een copingstrategie, juist op hun school of studie, waardoor de prestaties wel goed zijn (FG 1.2; FG 1.3). Ervaringsdeskundigen gaven aan dat slachtoffers dit kunnen doen om minder op te laten vallen dat er iets aan de hand is en/of voor een gevoel van eigenwaarde (FG 1.3). Ook dit is terug te zien in literatuur over trauma, waarbij perfectionisme gezien wordt als manier om liefde en acceptatie van anderen te krijgen, controle te krijgen, en gevoelens van wanhoop, schaamte en hulpeloosheid te verhelpen (Chen et al., 2019).

5.2.16 Werk- & financiële problemen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen op de lange termijn problemen ervaren op het gebied van werk en financiën (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Zo wisselen sommigen bijvoorbeeld frequent van baan, hebben ze moeite om een (vaste) baan te vinden en vast te houden (e.g., zijn werkloos), en vallen ze regelmatig uit (FG 1.1; FG 1.3; FG 2.3). Ook andere problemen kunnen volgens professionals op het werk spelen, zoals het niet om kunnen gaan met autoriteit/hiërarchie, niet kunnen samenwerken met een collega van het andere geslacht, zich niet veilig voelen (zie 5.2.4), tegenkomen van triggers (zie 5.2.1), zich bekeken voelen, of het niet tegen aanrakingen of het dichtbij komen van iemand kunnen (FG 1.2). Als er financiële problemen zijn, kan dat onder andere te maken hebben met het ontwikkelen van een verslaving als gevolg van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik (zie 5.2.13) (FG 1.2). Ervaringsdeskundigen noemden ook dat slachtoffers vaak te maken krijgen met uitkeringen (e.g., WIA) en de angst om deze kwijt te raken (FG 1.3; FG 4). Het niet kunnen werken zorgt daarnaast voor een verminderd zelfbeeld (zie 5.2.3), omdat ze zich niet goed genoeg voelen en moeite hebben met het accepteren dat ze ondanks hun soms jonge leeftijd of goede opleiding niet kunnen werken (FG 1.3). Ook in de wetenschap worden problemen met werk (e.g., werk missen, functioneren, werkloosheid, wisselingen in baan) en financiën (e.g., lager inkomen, geld gedwongen afstaan) genoemd in relatie tot seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Henkhaus, 2022; Nationaal Rapporteur, 2022; Ray & Henry, 2025; Steine et al., 2017; Wilson & Butler, 2014). Anderen storten zich juist op werk, waardoor de financiële situatie wel gunstig is (FG 1.2). Ook dit is terug te

zien in literatuur over trauma, waarbij perfectionisme gezien wordt als manier om liefde en acceptatie van anderen te krijgen, controle te krijgen, en gevoelens van wanhoop, schaamte en hulpeloosheid te verhelpen (Chen et al., 2019).

5.2.17 Huisvestingsproblemen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen problemen hebben in de huisvesting, zoals het regelmatig moeten verhuizen (FG 1.1; FG 2.3). Ervaringsdeskundigen geven als verklaring voor de verhuizingen dat slachtoffers zich onveilig kunnen voelen in hun huis (FG 1.3). Ook in de literatuur komt huisvesting naar voren als probleem voor slachtoffers van seksuele uitbuiting (Wilson & Butler, 2014). Echter kan het hebben van huisvestingsproblemen volgens de literatuur ook een hoger risico geven op seksuele uitbuiting (Bath et al., 2020; Gerassi, 2015).

5.2.18 Vragen rondom identiteit, geaardheid of gender

Slachtoffers kunnen volgens ervaringsdeskundigen onduidelijkheid ervaren over hun identiteit met vragen als 'Wie ben ik als ik alleen ben?' en 'Wie ben ik zonder dit wat er met mij gebeurd is?' (FG 1.3). Daarnaast moeten ze soms leren dat liefde niet alleen uit een ander hoeft te komen, maar ook vanuit henzelf kan komen (FG 1.3). Verder kunnen slachtoffers volgens professionals en ervaringsdeskundigen vragen krijgen rondom hun geaardheid of gender (FG 1.1; FG 1.3). Jongens die slachtoffer worden kunnen zich bijvoorbeeld af gaan vragen of ze homoseksueel zijn (FG 3.1) en vrouwelijke slachtoffers gaan bijvoorbeeld relaties met vrouwen proberen uit angst voor mannen (FG 1.3). Onderzoek bevestigd dat slachtoffers van seksueel misbruik vaker aangetrokken zijn tot hetzelfde geslacht en vaker een partner hebben van hetzelfde geslacht (Roberts et al., 2011). De effecten van seksueel misbruik op de geaardheid zijn groter voor mannen dan vrouwen. Onderzoek laat ook zien dat veel LHBTQIA+ slachtoffers twijfelen of hun seksuele oriëntatie of gender identiteit een oorzaak of gevolg was van hun seksuele trauma, mede doordat deze suggestie soms door familie of vrienden werd gedaan (Bardwell et al., 2024). Daarnaast beschrijft kwalitatief onderzoek, gebaseerd op publieke verhalen van slachtoffers, dat seksueel misbruik in de kindertijd het vermogen aantast om zich in hun kindertijd met identiteit bezig te houden. Slachtoffers ervaren verlies van belangrijke sociale identiteiten, kunnen geïsoleerd raken van betekenisvolle groepen en daarbij een gevoel van identiteitsverlies overhouden (Muldoon et al., 2024).

5.2.19 Problemen in de seksuele ontwikkeling

Slachtoffers krijgen volgens onderzoek, professionals en ervaringsdeskundigen ook te maken met gevolgen in de seksuele ontwikkeling (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3), zoals bijvoorbeeld seksuele disfuncties (zie 5.3.6) en angst voor intimiteit (Nielsen et al., 2018; Wilson & Butler, 2014). Ook ervaringsdeskundigen noemden dat slachtoffers angst of weerstand voor intimiteit kunnen ervaren, ongewenst enkel kunnen vallen op oudere personen of hechtingsfiguren, zoeken naar elementen uit hun misbruik (e.g., overhand en controle) in seks en pornografie omdat het hen ongewenst kalmeert, en dat ze gemist hebben om zichzelf op een leuke/vrijwillige manier seksueel ontwikkelen en ontdekken (FG 1.3). Daarnaast kan het voor slachtoffers moeilijk zijn om liefde te zien als iets dat losstaat van seks, of juist om intimiteit te zien als iets dat kan horen bij liefde (FG 1.3). Ook bij gezonde relaties kunnen slachtoffers echter problemen ervaren, zoals herbelevingen bij seksuele handelingen (FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3). Herbelevingen en negatieve emoties in respons op aanrakingen van een partner komen

ook terug in de literatuur (Nielsen et al., 2018).

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen daarnaast moeite hebben met het aangeven en het kennen van hun grenzen (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3). Dit kan komen doordat slachtoffers niet geleerd hebben om hun grenzen aan te geven (zie 5.1.2.), het misbruik gewoon zijn gaan vinden, of niet (meer) weten wat normaal of gezond is (FG 1.1; FG 1.3). Rolmodellen (zoals influencers) kunnen volgens professionals ook een rol spelen in het normaliseren van risicovol seksueel gedrag (FG 1.1). Ook in de literatuur wordt beschreven dat het aangeven van grenzen moeilijker is voor adolescenten met mentale problemen (Vertommen et al., 2024).

Een deel van de slachtoffers gaat volgens professionals en ervaringsdeskundigen zelf ook risicovol gedrag vertonen waarbij ze over hun eigen grenzen heen gaan, bijvoorbeeld rond de puberleeftijd (FG 1.1; FG 1.3). Een voorbeelden hiervan dat ervaringsdeskundigen zelf noemden is het maken van naaktfoto's, het hebben van geslachtsgemeenschap met relatief onbekende mensen, en sekswerk (FG 1.3). Professionals gaven daarnaast als voorbeeld het zichzelf online aanbieden, bijvoorbeeld omdat slachtoffers gezien willen worden of erbij willen horen (FG 1.1). Een ander voorbeeld is het zich volledig overgeven aan een nieuwe partner, waardoor er opnieuw een positie van kwetsbaarheid en afhankelijkheid kan ontstaan (FG 1.2). Uitbuiters maken hier misbruik van door ze de aandacht te geven die slachtoffers bijvoorbeeld thuis missen (FG 1.1). Onderzoek bevestigd dat seksueel misbruik in de kindertijd en adolescentie bij mannen en vrouwen leidt tot risicovol seksueel gedrag, waaronder onbeschermde seks en meerdere seksuele partners tegelijkertijd (Abajobir et al., 2016; Homma et al., 2012). Daarnaast kan seks een manier van zelfbeschadiging zijn volgens onderzoek (Hedén et al., 2023).

Ervaringsdeskundigen en onderzoek wijzen daarnaast op hyperseksualiteit bij mannen en vrouwen als gevolg van slachtofferschap in de kindertijd, adolescentie en volwassenheid (FG 1.3; Slavin et al., 2020). Hyperseksualiteit verwijst naar seksuele gedragingen en driften die aanhouden ondanks pogingen om het seksuele gedrag te beheersen of te verminderen, en die kunnen leiden tot aanzienlijke stress of nadelige gevolgen. Het effect blijkt volgens onderzoek het grootst wanneer seksueel misbruik op verschillende ontwikkelingsmomenten plaatsvond, en deze cumulatieve blootstelling heeft een sterker effect op mannen dan vrouwen.

Tot slot is een deel van de slachtoffers zelf ook pleger (FG 1.1) en vertonen sommige slachtoffers van seksueel misbruik zelf (op latere leeftijd) seksuele agressie (Drury et al., 2019; Hornor, 2010; King et al., 2019), die zorgelijk is door de frequentie en negeren van grenzen (Hornor, 2010).

5.2.20 Relatieproblemen

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen moeite hebben met het aangaan en behouden van een (gezonde) vaste relatie (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Het kost bijvoorbeeld veel tijd om zich open te durven stellen en vertrouwen op te bouwen en slachtoffers hebben vaak last van bindings- en/of verlatingsangst (zie 5.2.4; FG 1.2; FG 1.3). Ook vinden sommige slachtoffers het moeilijk om intimiteit aan te gaan (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3). Ervaringsdeskundigen noemden dat slachtoffers ook in

ongezonde relaties terecht kunnen komen waarbij sprake is van misbruik, seksueel geweld of 'verkeerde' mannen (FG 1.3; FG 4). De wetenschap bevestigd dat seksuele uitbuiting en seksueel misbruik kan zorgen voor seksueel risicovolle partners, relatieproblemen, verminderde tevredenheid met de relatie (o.a., door zelfkritiek en vermijden van hechting), en moeite met nieuwe relaties en intimiteit (Nielsen et al., 2018; Steine et al., 2017; Wilson & Butler, 2014). Daarnaast kan er in relaties sprake zijn van slechte communicatie (met hogere intensiteit van emoties), minder vertrouwen, emotionele afstandelijkheid en isolatie, meer defensiviteit en moeite met het reguleren van emoties (Lassri et al., 2017; Nielsen et al., 2018). Ook gevoelens van angst, besmetting, anders-zijn, zelfhaat en niemand kunnen vertrouwen, kunnen het vermogen om na seksuele uitbuiting nieuwe relaties aan te gaan of intimiteit te ervaren ondermijnen (Wilson & Butler, 2014).

Desondanks kan het helend zijn voor slachtoffers wanneer zij een gezonde relatie ervaren waarin er sprake van consent is, er de tijd genomen wordt om de intimiteit fijn te laten zijn en er onderling begrip is (FG 1.1). Zelfs als slachtoffers een fijne relatie opbouwen kan intimiteit spannend blijven, waardoor seksuele handelingen mentaal en/of fysiek onprettig zijn (FG 1.2).

5.2.21 Problemen in het gezin en sociale netwerk

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen ook op korte en lange termijn problemen ervaren in het sociale netwerk, zoals binnen het gezin of de familie (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Professionals zien bijvoorbeeld dat ouders handelingsverlegenheid of wanhoop ervaren, omdat ze niet meer weten wat ze moeten doen om hun kind te helpen (FG 1.1). Ouders weten bijvoorbeeld niet meer hoe ze de online wereld van hun kind veilig moeten houden wanneer het afpakken en verbieden van elektronica niet werkt (FG 1.1). De angstige of bezorgde reacties kunnen vervolgens leiden tot het doorbreken van dagelijkse routines, zoals het niet meer naar school laten gaan (FG 2.2). Ervaringsdeskundigen beschrijven daarnaast dat het gezinssysteem in de war kan zijn (FG 4). De literatuur bevestigd dat misbruik niet alleen invloed heeft op het kind zelf, maar ook op de ouders, de interactie tussen ouders en hun kind en de ouders onderling (Lindauer et al., 2014). Ook kan er volgens professionals en ervaringsdeskundigen een loyaliteitsconflict ontstaan als de pleger een bekende is en die persoon bijvoorbeeld in het systeem blijft (zie 5.1.5) (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 3.1). Hoe gezinsleden met de situatie om willen gaan en welke gevoelens ze ervaren kan onderling sterk verschillen (FG 3.1). Het ene gezinslid wil bijvoorbeeld veel praten over de gebeurtenis en gevoelens, terwijl een ander daar geen behoefte aan heeft (FG 3.1).

Buiten de familie kunnen slachtoffers volgens ervaringsdeskundigen te maken krijgen met het sluiten van slechte vriendschappen, pesten (e.g., via sociale media) en een verminderde sociaal-emotionele ontwikkeling (FG 1.3; FG 2.3; FG 4). Ervaringsdeskundigen benoemden dat deze problemen in het netwerk kunnen ervoor zorgen dat slachtoffers vereenzamen en het vertrouwen verliezen in zichzelf, in de mensen om zich heen (e.g., gezin, collega's), maar soms ook in alle mannen, de rechtsstaat, of hele wereld (door meerdere negatieve ervaringen; FG 1.3). De wetenschap bevestigd dat seksuele uitbuiting gerelateerd is aan verminderde sociale vaardigheden en slechte familiebanden (Shaw et al., 2017).

5.2.22 Kinderwens en ouderschap

Volgens ervaringsdeskundigen kan seksuele uitbuiting en seksueel misbruik invloed hebben op de kinderwens van slachtoffers (FG 1.3). Sommige slachtoffers hebben een onvervulde kinderwens, bijvoorbeeld omdat een relatie met mannen aangaan moeilijk is of ze denken niet op tijd klaar te zijn om moeder te worden (zie ook 5.3.6; FG 1.3). Dit terwijl andere slachtoffers juist bewust geen kinderen willen, onder andere vanwege een gebrek aan vertrouwen in anderen, het willen beschermen van een kind voor dat de moeder opnieuw onbewust voor een verkeerde partner kiest, en dat een kind uit liefde zou moeten ontstaan (wat niet meer kan; FG 1.3).

De slachtoffers die wel kinderen hebben, merken volgens ervaringsdeskundigen gevolgen op het moment dat hun kinderen de leeftijd bereiken waarop zijzelf misbruikt/uitgebuit zijn, en in hoe ze hun kinderen opvoeden (FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3). Er spelen bij ouders bijvoorbeeld vragen als 'Hoe heeft dit kunnen gebeuren?' en 'Hoe had niemand dit door?' (FG 1.3). Daarnaast houden ouders hun kinderen bijvoorbeeld weg bij de online wereld (FG 1.3). Ook proberen slachtoffers bewust dat wat ze zelf gemist hebben in hun jeugd aan hun kinderen te geven, zoals het praten over gevoelens en gevaren, en het accepteren van gevoelens (FG 1.3). Ook in de literatuur komt naar voren dat seksueel misbruik kan zorgen voor mentale klachten later als ouder, beperkingen in opvoedvaardigheden (waaronder verbale agressie of pedagogische tik), en het hyperalert zijn op seksueel misbruik (Hornor, 2010). Wanneer het kind van het slachtoffer ook slachtoffer wordt (zie 5.1.2), kan dit leiden tot een gevoel van verantwoordelijkheid of falen, maar het kan er ook voor zorgen dat de ouder emfatischer en meer ondersteunend is voor het kind.

5.3 Fysieke gevolgen

5.3.1 Samenhang met psychosociale gevolgen

Veel van de lichamelijke gevolgen die slachtoffers ervaren hangen volgens professionals en ervaringsdeskundigen samen met de psychosociale gevolgen (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 4). Slachtoffers hebben bijvoorbeeld last van onverklaarbare (psychosomatische) klachten, zoals buikpijn, hoofdpijn en nierpijn (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Ook in de literatuur komt hoofd- en buikpijn als gevolg van seksuele uitbuiting naar voren (Shaw et al., 2017). Ook Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) is geassocieerd aan seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Van den Hove & Lagro-Janssen, 2021; Wilson & Butler, 2014).

5.3.2 Fysiologische reacties

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen door het langdurig verhoogde stressniveau last krijgen van fysiologische reacties van het lijf (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3). Zo kunnen slachtoffers volgens professionals last krijgen van een verhoogde bloeddruk, hartkloppingen of veel zweten (FG 1.1; FG 1.2). Deze reacties kunnen bijvoorbeeld voorkomen na een trigger (FG 1.2). In de literatuur wordt ook duizeligheid genoemd als gevolg van seksuele uitbuiting (Shaw et al., 2017). Daarnaast laat onderzoek zien dat PTSS gerelateerd is aan cardiovasculaire gezondheid, waaronder bloeddruk, hartslag, en lage hartslagvariabiliteit (Baumeister et al., 2016; Lee et al., 2022). Mensen met meer arousal/reactiviteit vertonen met name een slechter herstel van autonome functies (i.e., hartslagvariabiliteit), terwijl intrusies en vermijding samenhangen met een hogere bloeddruk tijdens stress (Lee et al., 2022).

Daarnaast is spierspanning een veelvoorkomend gevolg dat slachtoffers volgens professionals en ervaringsdeskundigen ervaren, bijvoorbeeld in hun nek, schouders, rug, bekken(bodem), kaken of benen (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Onderzoek bevestigd rug- en bekkenpijn als gevolg van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Imhoff et al., 2012; Shaw et al., 2017; Van den Hove & Lagro-Janssen, 2021; Vézina-Gagnon et al., 2018). Ervaringsdeskundigen noemden daarnaast als gevolgen voor slachtoffers fibromyalgie, uitvallingsverschijnselen (e.g., in arm of been), niet meer kunnen praten, conversiestoornis/functioneel neurologische stoornis en een overbelast zenuwstelsel (FG 1.3; FG 2.3). Fibromyalgie komt ook terug in de literatuur (Van den Hove & Lagro-Janssen, 2021).

5.3.3 Zindelijkheids-, urologische en darmproblematiek

Slachtoffers kunnen volgens professionals last krijgen van zindelijkheidsproblematiek (FG 1.1). Zo plassen ze bijvoorbeeld ineens weer in bed, moeten ze vaak naar het toilet, durven ze niet naar het toilet (bijvoorbeeld als daar het misbruik heeft plaatsgevonden), of durven ze de ontlasting niet los te laten waardoor er obstipatie ontstaat (FG 1.1; FG 1.2). Spierspanning in het bekkengebied kan hier een oorzaak van zijn (zie 5.3.2) (FG 1.2). De bekkenbodem is bijvoorbeeld continu gespannen, waardoor er geen marge meer is om de spier aan te spannen om de plas op te kunnen houden (FG 1.1). Ook kunnen slachtoffers last krijgen van een blaasontsteking (FG 4). Volgens ervaringsdeskundigen kunnen slachtoffers daarnaast last hebben van darmklachten bij spanning, aambeien en een spastische darm, ook wel Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) genoemd (FG 1.3; FG 2.3; FG 3.3). Ook in de literatuur worden urologische en urinewegproblemen, interstitiële cystitis, chronische prostaatontsteking, incontinentie, obstipatie en PDS genoemd als gevolgen van seksueel misbruik, vooral in meisjes (Imhoff et al., 2012; Nationaal Rapporteur, 2022; Van den Hove & Lagro-Janssen, 2021; Vézina-Gagnon et al., 2018).

5.3.4 Slaapproblemen, nachtmerries & vermoeidheid

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen op zowel korte als lange termijn last krijgen van slaapproblemen (e.g., slaapapneu) en nachtmerries (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 2.3). Professionals gaven als voorbeeld dat slachtoffers bijvoorbeeld een omgedraaid dag-nachtritme ontwikkelen (FG 1.1; FG 1.2). Dit kan bijvoorbeeld komen doordat de donkere en stille nacht een onveilig gevoel geeft, terwijl de dag met vertrouwde geluiden juist wel veilig voelt (FG 1.2). Ook kunnen sommigen niet in slaap komen vanwege piekeren, enkel slapen bij vertrouwde geluiden, of veel wakker worden (FG 1.2). Daarnaast kunnen slachtoffers volgens professionals en ervaringsdeskundigen last krijgen van (chronische) vermoeidheid (FG 1.1; FG 1.3). Het niet proberen te denken aan wat ze hebben meegemaakt, kan volgens professionals erg vermoeiend zijn voor slachtoffers (FG 1.1). Onderzoek bevestigd vermoeidheid, slaapproblemen (e.g., insomnia) en nachtmerries als gevolg van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Chen et al., 2010; Jimenez et al., 2015; Meza et al., 2023; Van den Hove & Lagro-Janssen, 2021; Shaw et al., 2017; Steine et al., 2017).

5.3.5 Verminderde zelfverzorging & gewichtsverandering

Slachtoffers gaan volgens professionals soms minder goed voor zichzelf zorgen (FG 1.1; FG 1.2). Zo verliezen slachtoffers bijvoorbeeld gewicht, of ontstaan er uitval- of verlammingsverschijnselen door middelengebruik (zie

5.2.13) (FG 1.1). Ook volgens ervaringsdeskundigen kunnen slachtoffers veranderingen in hun gewicht ervaren, bijvoorbeeld doordat ze eten als copingsmechanisme gebruiken door te eten om de emoties te onderdrukken (zie ook 5.2.12; FG 1.3). Ook in de wetenschap is er een relatie gevonden met overgewicht, (Hornor, 2010)

5.3.6 Letsels, SOA's, zwangerschap & onvruchtbaarheid

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen lang last hebben van letsels (e.g., genitale wonden, hernia of losse rib), SOA's (e.g., HIV of herpes) en ontstekingen of infecties (e.g., in de eierstokken, hidradentitis bij de liezen, Pfeiffer of blaasontsteking) (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 3.3; FG 4). Dit kan bijvoorbeeld pijn opleveren tijdens het vrijen (FG 1.1; FG 1.3). Ervaringsdeskundigen noemden ook dat slachtoffers klachten kunnen hebben aan hun geslachtsdeel (e.g., Vulvair Vestibulitis Syndroom, een schrale en rode vulva) en last kunnen hebben van vaginisme (FG 1.3; FG 4). Vaginisme kan vervolgens andere dingen bemoeilijken, zoals onderzoek door een dokter of het plaatsen van een spiraaltje (FG 1.3). Bovendien kunnen deze klachten geslachtsgemeenschap bemoeilijken al dan niet onmogelijk maken (FG 1.3). Professionals noemden ook dat de letsels niet altijd goed genezen, waardoor slachtoffers pijn blijven houden in bijvoorbeeld de heupen, bekken en polsen (FG 1.2). Deze klachten komen soms ook pas later naar voren (FG 1.2). Ook de literatuur duidt op letsels (e.g., schade aan het vaginaal en/of anaal kanaal), SOA's of gynaecologische infecties (e.g., HIV, AIDS, vaginale infecties), ontstekingen (e.g., hepatitis of ontsteking van de bekken; PID), baarmoederhalskanker, pijn in de vagina of eierstokken, pijn bij het vrijen (i.e., dyspareunie), genitale gezondheidsproblemen en seksuele disfuncties (e.g., problemen met erectie, ejaculatie en libido) als gevolg van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Baumeister et al., 2016; Homma et al., 2012; Jimenez et al., 2015; Nielsen et al., 2018; Shaw et al., 2017; Van den Hove & Lagro-Janssen, 2021; Vézina-Gagnon et al., 2018; Vrolijk et al., 2018; Wilson & Butler, 2014).

Daarnaast kunnen slachtoffers volgens professionals ongewenst zwanger raken (FG 1.1; FG 1.2). Soms wordt de zwangerschap ook getermineerd (al dan niet gedwongen), wat een slachtoffer ook lichamelijk moet doorstaan (FG 1.1; FG 1.2). Dit kan in een abortuskliniek gebeuren, maar soms wordt een slachtoffer ook mishandeld of krijgt middelen toegediend om een miskraam te veroorzaken (FG 1.2). Dit eerste gebeurt vaker bij een bekende pleger (zie 5.1.5) en het tweede vaker in uitbuitingsituaties, omdat uitbuiters willen voorkomen dat een slachtoffer gaat praten (FG 1.2). In zeldzame gevallen wordt een slachtoffer zelfs onvruchtbaar, bijvoorbeeld door de toegebrachte letsels (FG 1.1; FG 1.2). Onderzoek bevestigd dat (ongewenste) zwangerschap, geforceerde abortus, vruchtbaarheidsproblemen en menstruatieproblemen als geassocieerd zijn met seksuele uitbuiting (Henkhaus, 2022; Homma et al., 2012; Jimenez et al., 2015; Shaw et al., 2017; Soylu et al., 2013; Vézina-Gagnon et al., 2018; Wilson & Butler, 2014).

5.3.7 Hersenontwikkeling

De hersenontwikkeling van slachtoffers kan volgens professionals anders verlopen door een langdurig verhoogd stressniveau (FG 1.1). Voorbeelden hiervan zijn een ander hersenvolume en andere verbindingen in de hersenen (FG 1.1). Dit is al langer bekend vanuit de ACE-studies (FG 1.1).

Onderzoek naar hersenontwikkeling bij kinderen en jeugdigen die zijn blootgesteld aan seksuele uitbuiting of mishandeling laat zien dat vroegkinderlijk trauma samenhangt met structurele veranderingen in de hersenen die

een negatieve psychologische en fysieke gevolgen kan hebben (Busso et al., 2017; Edwards, 2018; Teicher et al., 2016; Vrolijk et al., 2018). Deze gevolgen kunnen zicht uiten in depressie, PTSS, somatische klachten, gedragsproblemen, middelenmisbruik, seksuele stoornis en suïcidaliteit (Blanco et al., 2015; Edwards, 2018; Vrolijk et al., 2018). Daarnaast is de leeftijd van blootstelling cruciaal door de verschillende gevoelige periode die de hersengebieden hebben. Hierdoor kan seksueel misbruik op jonge leeftijd (jonger dan 5 jaar) extra ingrijpende en blijvende gevolgen hebben door de hoge neuroplasticiteit van het brein in deze leeftijdsfase (Capretto, 2017). Neurologisch onderzoek toont verder aan dat seksueel misbruik samenhangt met veranderingen in de bouw en werking van neuronen (synapsvorming, dendritische en axonale structuren en synaptische connectiviteit) wat grote invloed heeft op de ontwikkeling van het brein (Edwards, 2018). Daarnaast is er ook een verminderd hersenvolume en verlies van grijze stof in onder meer de hippocampus, prefrontale cortex, amygdala, gevonden. Dit heeft gevolgen voor de emotie- en geheugenfuncties die dienen als voorlopers van een veelheid aan nadelige psychische gevolgen (Busso et al., 2017; Edwards, 2018). Concluderend, seksuele mishandeling en uitbuiting kan de normale hersenontwikkeling verstoren en een risico vormen voor langdurige psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen, waarbij zowel het trauma zelf als latere psychopathologie van invloed zijn op de ontwikkeling.

5.3.8 Bijwerkingen van medicatie

Als slachtoffers medicatie krijgen voor hun klachten, kunnen zij hier volgens professionals en ervaringsdeskundigen ook bijwerkingen van ondervinden (FG 1.1; FG 1.3). Voorbeelden hiervan zijn leverfunctiestoornissen, overmatig zweten en afwijkende bloedwaarden (FG 1.1; FG 1.3). Daarnaast moeten de bijwerkingen ook gemonitord worden via bijvoorbeeld bloedprikken (FG 1.1). Sommige slachtoffers hebben echter prikangst, waardoor dit erg stressvol is (FG 1.1). Daarnaast kunnen slachtoffers verslaafd raken aan bepaalde medicijnen (FG 4). Onderzoek toont aan dat de medicijnen die in de psychiatrie en neurologie gebruikt worden, een van de belangrijkste oorzaken van leverschade (i.e., hepatotoxicity) zijn (Telles-Correia et al., 2017). Er is minder bekend over de effecten van medicatie op kinderen, maar er is wel bekend dat negatieve effecten van medicatie vaker voorkomen bij kinderen van volwassenen en dat kinderen met meer DSM-classificaties ook meer negatieve effecten van medicatie ervaren, terwijl er geen verband lijkt te bestaan tussen het aantal classificaties en het aantal voorgeschreven medicatiesoorten (Ninan et al., 2014).

5.4 Kennishiaten en vervolgonderzoek

5.4.1 Verschillen in gevolgen tussen casussen

Er is een tekort aan kennis over de verschillen in gevolgen tussen casussen met bijvoorbeeld een bekende versus onbekende pleger, en met verschillende frequentie en duur van misbruik binnen de Nederlandse populatie (FG 1.1). Toekomstig onderzoek zou gebruik moeten maken van een Nederlandse steekproef en zou rekening moeten houden met de vele confounders, de ontwikkeling (van o.a. de hersenen en seksualiteit van het slachtoffer) en het biopsychosociale model (FG 1.1). Dit model gaat ervan uit dat gezondheid en gedrag worden beïnvloed door een interactie van drie domeinen: biologische factoren (bijv. genetica, neurobiologie, stressreacties), psychologische factoren (bijv. emoties, cognities, coping), en sociale factoren (bijv. gezin, relaties, cultuur, omgeving) (Engel, 1977). Het onderzoek zou moeten starten met een inventarisatie van alle mogelijke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik, om vervolgens terug te stratificeren naar

bepaalde kenmerken van de casus (e.g., type gebeurtenis, de relatie tot de pleger, frequentie, duur, online versus offline, etc.) (FG 1.1). Om te onderzoeken of er niet alleen een correlationeel, maar ook causaal verband is, zou er longitudinaal onderzoek en een meta-analyse uitgevoerd kunnen worden. Bij longitudinaal onderzoek moet een power analyse gedaan worden om er zeker van te zijn dat er genoeg power is, met mogelijke drop-out, om significante verschillen te kunnen waarnemen (FG 3.1). De verwachtte drop-out is echter laag door de grote commitment van de slachtoffers voor onderzoek (FG 3.1). Daarnaast richt bestaand onderzoek naar seksueel misbruik en revictimisatie zich grotendeels op vrouwelijke slachtoffers, waardoor kennis over revictimisatie bij mannelijke slachtoffers beperkt blijft (Scoglio et al., 2021).

5.4.2 Lichamelijke langetermijngevolgen

Er is een tekort aan kennis over de lichamelijke gevolgen van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting op de lange termijn (FG 1.1). Door middel van longitudinaal onderzoek zou meer zicht kunnen ontstaan op welke symptomen, klachten en ziektes er voorkomen en hoe vaak deze optreden (FG 1.1). Deze informatie kan bijdragen aan het ontwikkelen van doelgerichte en gepersonaliseerde behandelvormen, waardoor slachtoffers in de toekomst beter geholpen kunnen worden (FG 1.1). Er is een redelijke basis van onderzoek (zie 5.3), maar de hoeveelheid kennis is beduidend minder dan voor psychosociale gevolgen (zie 5.2).

5.4.3 Psychosociale gevolgen bij niet-behandelde slachtoffers

Er is een tekort aan kennis over slachtoffers die niet in behandeling zijn, waarom zij niet in behandeling zijn, en welke (psychosociale) gevolgen zij ervaren (FG 1.1; FG 3.1). Er zijn verschillende verklaringen mogelijk, zoals dat het gaat om minder heftige casuïstiek, dezelfde gevolgen op een lager niveau, of juist heel andere gevolgen (FG 1.1). Een alternatieve verklaring is dat deze slachtoffers goede copingsstrategieën hebben of een beschermend systeem, waardoor de slachtoffers goed kunnen functioneren of jaren later pas klachten ontwikkelen (FG 1.1; FG 3.1). Deze verklaringen zouden onderzocht kunnen worden via bijvoorbeeld vragenlijsten of interviews. In een follow-up zou vervolgens gekeken kunnen worden of het risico op ernstige klachten voorspeld kan worden aan de hand van de gevonden beschermende factoren (FG 1.1). Het onderzoek zou zich dus, net zoals Rutgers doet, moeten richten op het gezonde stuk van de seksuele ontwikkeling in de maatschappij (FG 1.1).

5.4.4 Slachtoffers en plegers met LVB

Er is een tekort aan kennis over zowel slachtoffers en plegers met een LVB, ondanks dat al wel bekend is dat er onder deze doelgroep in verhouding tot de algemene populatie veel meer slachtoffers zijn (FG 1.2). Onderzoek naar deze doelgroep zou zich onder andere moeten richten op mannelijke slachtoffers en misbruik onder leeftijdsgenoten (uit onwetendheid) (FG 1.2). Er is een redelijke basis van onderzoek (zie 5.1.3), maar deze groep loopt veel meer risico dan de gewone populatie en verdiend daarom extra aandacht.

5.4.5 Jonge plegers & slachtoffers die ook plegers zijn

Er is een tekort aan kennis over jonge plegers, waarvan een deel ook zelf slachtoffer is (FG 1.1). Onderzoek zou zich moeten richten op de oorzaken van dit gedrag (FG 1.1). Ook onder oudere plegers zou onderzocht moeten worden hoe slachtoffers ook plegers kunnen worden van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (FG 3.1). De Nationaal rapporteur heeft hier recent een onderzoek naar gedaan (Nationaal Rapporteur, 2024).

5.4.6 Taalgebruik en emoji's

Er is een tekort aan kennis over de seksuele betekenis van bepaald taalgebruik en emoji's in de online wereld (FG 1.1). Onderzoek hiernaar zou moeten kijken naar profielen op onder andere Snapchat en TikTok (FG 1.1). Recent is hier een onderzoek naar gedaan bij het online groomen van kinderen, waaruit bleek dat het rode hartje, het lachende gezichtje met hart-oogjes en het gezicht die een kus blaast het vaakst gebruikt werden, bijvoorbeeld om het idee te wekken dat ze geïnteresseerd zijn in een relatie of vriendschap (García-Montes, 2025). Daarnaast gebruiken plegers emoji's met seksueel dubbelzinnige of impliciete betekenissen (e.g., grijnzend gezichtje) om te peilen hoe ontvankelijk slachtoffers zijn voor seksuele gesprekken. De studie concludeert dat emoji's een belangrijk instrument van linguïstische manipulatie zijn binnen online kindermisbruik, en ingezet worden als hulpmiddelen om een gevoel van intimiteit te creëren en de gevoeligheid voor seksuele inhoud te verminderen.

5.4.7 Gevolgen geheimhouding

Er is een tekort aan kennis over de gevolgen van geheimhouding (zie 5.1.1) (FG 3.1). Onderzoek zou bijvoorbeeld de toxische stress die geheimhouding met zich meebrengt kunnen vergelijken met de stress die gezinnen ervaren als gevolg van andere ziektes die een grote belasting hebben op gezinnen (FG 3.1). Een generieke uitkomstwaarde zou dus bijvoorbeeld vergelijken kunnen worden tussen kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik of seksuele uitbuiting en kinderen die jeugdreuma of kinderkanker hebben (FG 3.1). Daarentegen is er veel kennis beschikbaar over de redenen van geheimhouding en onthulling, en de duur van geheimhouding (zie 5.1.1).

5.4.8 Financiële gevolgen

Er is volgens ervaringsdeskundigen meer onderzoek nodig naar de financiële gevolgen op slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (zie 5.2.16) (FG 3.3). Er zou gekeken kunnen worden naar de relatie tussen welke hulpmiddelen zij wel of niet gekregen hebben (e.g., uitkeringen zoals WaJong en WIA), hoe zij er jaren later financieel voor staan en hoe het met hun herstel gaat (en de druk op/wachtlijsten in de GGZ) (FG 3.3).

6. Resultaten: Behandeling en nazorg

6.1 Aanpak

6.1.1 Startmoment, contra-indicaties & behandelvolgorde

Vanaf het moment van onthulling (zie 5.1.1), kan het volgens professionals en ervaringsdeskundigen nog weken tot jaren duren voordat een slachtoffer aan een behandeling begint (FG 2.2; FG 2.3). Onderzoek laat zien dat hulp vaak pas maanden of jaren na de gebeurtenis gezocht wordt, bijvoorbeeld omdat slachtoffers bang zijn om niet geloofd of (genoeg) geholpen te worden (Mulder et al., 2022; Rajan et al., 2021). Bovendien zorgt het niet onthullen van slachtofferschap voor een kleinere kans op ondersteuning (Henkhaus, 2022). Professionals zien dat hoe snel slachtoffers eraan toe zijn om te starten verschilt per persoon, maar voor slachtoffers onder de 12 jaar en slachtoffers met een LVB wordt de keuze vaak door ouders of verzorgers gemaakt (zie 5.1.3.) (FG 1.2). Vanaf ongeveer zestien jaar kunnen slachtoffers bewustere keuzes maken, maar ook dan zal er tijd voor nodig zijn en kunnen slachtoffers ambivalent zijn (FG 2.2). Sommige slachtoffers, zoals die met een migratieachtergrond, hebben niet altijd toegang tot de juiste hulpverlening, spreken de taal niet altijd of vertrouwen de politie niet door eerdere negatieve ervaringen in het land van herkomst, waardoor hulp niet gestart kan worden (FG 1.1). Vergelijkbaar wantrouwen richting gezondheidszorg en strafrechtelijke instellingen is te zien bij LHBTQIA+ slachtoffers, door onder andere meegemaakte discriminatie, victim blaming, gezien worden als daders, institutionele transfobie en homofobie (Bardwell et al., 2024). Onderzoek (o.a., bij het CSG) laat zien dat redenen om wel contact op te nemen onder andere zijn: het bespreken van behandelopties en negatieve (psychologische) klachten (zoals angst, isolatie en een gevoel van onveiligheid) (Mulder et al., 2022; Rajan et al., 2021).

Bovendien is het omgaan met contra-indicaties en het bepalen van de behandelvolgorde complex volgens professionals en ervaringsdeskundigen, omdat verschillende factoren elkaar beïnvloeden en soms conflicteren (FG 2.1; FG 2.2; FG 2.3). Zwangerschap en verslaving kunnen volgens professionals contra-indicaties zijn om een behandeling te starten, terwijl verslaving bijvoorbeeld het gevolg is van het trauma en het in stand houdt of versterkt (FG 2.1). Het uitstellen van een behandeling brengt echter het risico met zich mee dat de behandeling helemaal niet plaatsvindt, bijvoorbeeld omdat een slachtoffer na de bevalling te druk bezig is om voor het kind te zorgen (FG 2.1). Ervaringsdeskundigen bevestigen dat het krijgen van kinderen het vragen om hulp kan belemmeren, bijvoorbeeld vanwege minder tijd voor zichzelf, een plichtsgevoel om door te gaan voor de kinderen, en dilemma's over wat leeftijdsadequaat is om te vertellen (FG 2.3). Voor professionals is het bovendien is het niet altijd duidelijk welke klachten het meest op de voorgrond liggen en disfunctioneel zijn, zeker wanneer slachtoffers moeite hebben om hun hulpvraag te verwoorden (FG 2.2). Daarnaast kan het zo zijn dat na het inzetten op een classificatie (bijvoorbeeld PTSS), dat andere klachten zoals slaap- en concentratieproblemen zodanig verminderd zijn dat de vraag is of een andere classificatie (bijvoorbeeld ADHD) stand houdt en of daarop nog apart ingezet moet worden (zie 6.1.7) (FG 2.1). Ervaringsdeskundigen gaven aan dat slachtoffers ook vaak door contra-indicaties van de ene naar de andere partij doorverwezen worden (FG 2.3). Dit terwijl onderzoek laat zien dat bepaalde behandelingen zoals Prolonged Exposure (PE) veilig en effectief ingezet kunnen worden bij slachtoffers die PTSS hebben met comorbide dissociatie, borderline persoonlijkheidsstoornis, psychoses, suïcidaliteit, automutilatie, middelenmisbruik en depressie (Van Minnen et al., 2012). Zorgvuldig monitoren en aanpassingen doorvoeren indien nodig blijft echter van belang.

Om toch een volgorde te bepalen, kijken behandelaren naar welke klachten het dagelijks functioneren en de veiligheid het meest beïnvloeden, zoals psychotische klachten (FG 2.1; FG 2.2). Daarbij wordt, indien mogelijk, ook rekening gehouden met de belastbaarheid van het slachtoffer en hun eigen voorkeuren (FG 2.1; FG 2.2). De aanpak wordt bijvoorbeeld gekozen in samenspraak met een gedragswetenschapper (FG 2.1). In sommige gevallen worden klachten gelijktijdig behandeld, maar dit is niet altijd haalbaar (FG 2.1). Het gelijktijdig behandelen van psychische en lichamelijke klachten heeft echter wel de voorkeur, aangezien ze elkaar in stand houden (FG 2.2). In de afweging blijven maatwerk (zie ook 6.1.5) en flexibiliteit belangrijk (FG 2.1; FG 2.2). Ook onderzoek laat zien dat bijvoorbeeld het gelijktijdig behandelen van PTSS en verslaving voor PTSS-symptomen het meest effectief is door een traumagerichte psychologische interventie te combineren met een behandeling voor verslaving, en voor verslavingssymptomen door een traumagerichte psychologische interventie te combineren met farmacotherapie gericht op het gebruik (Roberts et al., 2023). Meer bewijs is echter nodig om aanbevelingen te kunnen doen voor kinderen en jongeren.

6.1.2 Stabilisatie

Een deel van de organisaties werken met een gefaseerd behandelaanbod, waarbij begonnen wordt met een stabilisatiefase, dan (trauma)behandeling en tot slot integratie/nazorgfase (FG 2.1). Daarmee wordt bedoeld dat een slachtoffer voldoende ruimte voelt om aan een behandeling te kunnen beginnen, zonder dat hij of zij buiten diens 'raampje' gaat (FG 2.1). Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de Slapende Honden methodiek, de veilige plek oefening of de kluis oefening (FG 2.2). Ook is het volgens professionals en ervaringsdeskundigen belangrijk om zo veel mogelijk te zorgen dat het slachtoffer in diens basisbehoeften wordt voorzien, omdat stress hierover kan afleiden van de behandeling (FG 2.1; FG 2.2; FG 2.3). Dit houdt onder andere in dat een slachtoffer voldoende eten, drinken, inkomen, onderdak en veiligheid heeft (FG 2.1; FG 2.2; FG e.3).

Een veilige verblijfplek kan een vaste woonplek zijn, maar bijvoorbeeld ook een (geheime) opvang of een Blijf-van-mijn-lijfhuis of Oranje huis (FG 2.1). In deze huizen, op een niet-geheime maar wel veilige locatie, biedt de Blijf Groep een toekomstgerichte aanpak, gericht op slachtoffer, diens omgeving en de pleger, waarbij eigen krachten worden versterkt met effectieve hulp, advies en opvang onder één (Oranje Huis-aanpak - Blijf Groep). Hulpverleners kunnen volgens professionals voor slachtoffers onder de achttien jaar huisvesting regelen via een jeugdzorggroep als er niemand in het netwerk is waar het slachtoffer naartoe kan (FG 2.2). Een voorbeeld van residentiële zorg is de goed onderbouwde crisisinterventie PINQ-crisis (Van Leeuwen & Konijn, 2025), die tijdelijke, beschermde opvang biedt aan meisjes van 12 tot 18 jaar waarbij (vermoedelijke) seksuele uitbuiting een rol speelt. Gedurende een periode van vier tot acht weken wordt gewerkt aan stabilisatie en veiligheid, terwijl de problematiek van het meisje en haar gezin systematisch in kaart wordt gebracht. Zowel het meisje als haar ouders ontvangen intensieve begeleiding en psycho-educatie, waarna een advies wordt opgesteld voor passende vervolghulp. Daarnaast kunnen hulpverleners volgens professionals voor slachtoffers boven de achttien jaar huisvesting regelen via het Leger Des Heils als er niemand in het netwerk is waar het slachtoffer naartoe kan (FG 2.2). Het Leger des Heils biedt maatschappelijke opvang in verschillende vormen, zoals Herstart (een kortdurende opvangvoorziening waarin wordt geïnventariseerd welke ondersteuning nodig is om bestaande problematiek aan te pakken, en stabilisatie en zelfredzaamheid te versterken) en Zij aan Zij (een vrouwenopvang

waarin wordt gewerkt aan het creëren van een veilige en stabiele basis, van waaruit kan worden toegewerkt naar een zo zelfstandig mogelijke toekomst). Belangrijk bij het regelen van opvang is echter wel dat ervaringsdeskundigen aangeven dat slachtoffers met (al dan niet gedwongen) opnames in klinieken vooral negatieve ervaringen hebben, waarbij bijvoorbeeld sprake is van competitie en stigma, een verlies van vertrouwen in de hulpverlening, een overbelast zenuwstelsel en nieuwe trauma's (FG 2.3). Vooral de gedwongen zorg heeft negatieve effecten voor slachtoffers, omdat de dwang raakt aan hun eerdere trauma van seksueel geweld waar ze ook geen controle hadden (FG 2.3).

Indien een slachtoffer nog woont binnen een gezin waar het misbruik heeft plaatsgevonden, is het belangrijk om te werken met veiligheidsafspraken (FG 2.1). Ervaringsdeskundigen geven namelijk aan dat slachtoffers minder open zijn over een onveilige thuissituatie als ze weten dat ze na een behandelsessie weer naar huis moeten, en dat het zou helpen om te weten dat ze veilig zijn (FG 2.3). Als een slachtoffer woont in een opvang is het volgens professionals daarnaast belangrijk om hem of haar zoveel mogelijk duidelijk te maken wat het perspectief is, en tijd te geven om te wennen aan de groep en opvang (FG 2.1). Zolang een slachtoffer zich nog onveilig voelt, zal hij of zij niet snel gaan vertellen wat er gebeurd is (FG 2.1).

Echter, geven de ervaringsdeskundigen wel aan dat slachtoffers inspraak willen blijven houden in hoe lang ze moeten stabiliseren en wachten op een (trauma)behandeling (FG 2.3; FG 4). Slachtoffers voelen zich niet serieus genomen als ze niet mee mogen denken over of ze een behandeling aan (denken te) kunnen (FG 2.3). Professionals en ervaringsdeskundigen geven aan dat zowel te snel (i.e., te lang stabiliseren) als te laat starten met traumaverwerking ineffectief kan zijn, en dit moet dus ook op het individu worden afgestemd (FG 4). Ervaringsdeskundigen benoemen bijvoorbeeld dat het te snel beginnen aan traumaverwerking een slachtoffer instabieler kan maken (e.g., de therapie overweldigend vinden, of een gevoel van onveiligheid en hertraumatisering geven), terwijl het snel behandelen voor anderen juist kan voelen als serieus genomen worden (FG 4). Het te lang uitstellen van een behandeling gericht op traumaverwerking kan bijvoorbeeld bij sommige slachtoffers leiden tot een negatiever zelfbeeld (e.g., zich een mislukking voelen) of het niet meer zien zitten (FG 4).

Uit onderzoek blijkt dat stabilisatie voor sommige cliënten meerwaarde kan hebben. Zo laten studies zien dat groepsinterventies een gevoel van veiligheid, erkenning en normalisatie bieden, en dat het aanleren van emotieregulatievaardigheden kan helpen om klachten beter hanteerbaar te maken (Willis et al., 2022). Daarnaast blijkt dat de vaardigheden die in fase 1 worden aangeleerd, zoals spannings- en emotieregulatievaardigheden, grounding en het verbeteren van interpersoonlijke relaties, niet alleen voorbereidend zijn, maar op zichzelf al kunnen leiden tot afname van CPTSS-symptomen (Darby et al., 2023). De afgelopen jaren is er echter steeds meer discussie ontstaan over de noodzaak van een aparte stabilisatiefase. Uit recente literatuur blijkt dat stabilisatie niet altijd tot betere behandelresultaten leidt dan directe traumabehandeling. Het inlassen van een stabilisatiefase kan het behandelproces vertragen of ertoe leiden dat cliënten voortijdig afhaken. Studies laten zien dat fasegerichte behandelingen vergelijkbare effecten hebben als direct starten met traumagerichte therapie. Dit suggereert dat een stabilisatiefase niet voor iedereen noodzakelijk is om tot goede behandelresultaten te komen (Corrigan et al., 2020; Van Vliet et al., 2021).

6.1.3 Werkrelatie

Een goede werkrelatie opbouwen is volgens professionals, ervaringsdeskundigen en onderzoek van groot belang voor het effectief hulpverlenen aan slachtoffers (FG 2.1; FG 2.2; FG 2.3; Lewing et al., 2018). Dit betekent volgens professionals dat een hulpverlener het tempo aanpast op het slachtoffer, het slachtoffer gezien en gehoord laat voelen door oprechte betrokkenheid en nieuwsgierigheid te tonen, het slachtoffer serieus neemt, vertrouwen opbouwt, laat weten dat alles bespreekbaar is, normaliseert om hulp te vragen, en niet (ver)oordeelt of beschuldigt (FG 1.1; FG 2.2). Het kan hierbij helpend zijn als een hulpverlener ook ambulant werkt en als het slachtoffer een vast gezicht heeft, zoals een zorgcoördinator (FG 2.1). Daarnaast kan het helpend zijn als de professional voldoende kennis heeft, want zonder die kennis kan het langer duren voordat een slachtoffer zich open durft te stellen, omdat ze zich bijvoorbeeld niet begrepen voelen (FG 4).

Onder een goede werkrelatie valt volgens ervaringsdeskundigen het hebben van inspraak, erkenning krijgen, en serieus genomen, gezien en gehoord worden (FG 2.3). Ervaringsdeskundigen gaven aan dat om een goede werkrelatie op te bouwen, wederzijds vertrouwen belangrijk is (FG 2.3). Een belangrijke factor hierin is het geven van voldoende tijd en openheid (FG 2.3). Deze tijd wordt echter vaak niet gegeven, bijvoorbeeld door een maximum behandelduur van één jaar, waarna de slachtoffers een nieuwe behandelaar moeten zoeken en opnieuw vertrouwen moeten opbouwen (FG 2.3). Ook is het belangrijk voor de slachtoffers dat er na de therapie iemand beschikbaar blijft, zodat ze voelen dat ze niet meer alleen zijn (FG 2.3).

Volgens zowel professionals als ervaringsdeskundigen is autonomie/inspraak/regie belangrijk in de werkrelatie en het behandeltraject (FG 2.2; FG 2.3; FG 4). Slachtoffers willen bijvoorbeeld tijdens een behandelplan bespreking graag zelf voorkeur uit kunnen spreken voor een bepaalde behandeling nadat de risico's uitgelegd zijn (e.g., liever EMDR willen dan schematherapie, stoppen met stabiliseren en overgaan op EMDR of exposure, of liever de gebeurtenis inbeelden dan erover praten) (FG 2.3; FG 4). Het geven van inspraak is belangrijk, omdat je daarmee als professional de eigen regie, die de slachtoffers niet hadden tijdens het misbruik, kunt teruggeven, en het niet geven van inspraak dus raakt aan de ervaring van het seksueel geweld waarin ze geen controle hadden (FG 2.2; FG 4). Sommige slachtoffers krijgen echter te maken met victim blaming door behandelaren wanneer een behandeling niet aansluit, waarbij bijvoorbeeld gezegd word dat het aan het slachtoffer ligt dat een behandeling niet aansluit (FG 2.3). Een gebrek aan inspraak/regie kan volgens professionals en ervaringsdeskundigen een behandeling niet effectief, of zelfs schadelijk maken (FG 4). Dit, terwijl om leren gaan met regie juist in de professionele setting helpend kan zijn (FG 4). Daarbij is het wel belangrijk dat een slachtoffer goede uitleg over regie krijgt, omdat ze dat door het seksueel geweld kwijt kunnen zijn geraakt, en dus niet meer weten wat het is en hoe je dat ervaart of kan voelen (FG 4).

Volgens de literatuur houdt een goede werkrelatie in dat de hulpverlener gevoelens normaliseert en valideert, het slachtoffer geloofd, opkomt voor het slachtoffer, niet oordeelt, eerlijk en authentiek is, oprechte compassie laat zien, een warme emotionele band opbouwt, een uitnodigende veilige plek creëert, zich bewust is van mythen over verkrachting, keuzevrijheid/inspraak en autonomie biedt, doorverwijst indien nodig, en passende veilige grenzen bewaakt (Cowan et al., 2020; Lewing et al., 2018). Het is de bijdrage van de therapeut aan de werkrelatie die voorspellend is voor de behandeluitkomsten (Lewing et al., 2018). Een goede werkrelatie is volgens professionals vooral belangrijk omdat veel slachtoffers vertrouwen in mensen hebben verloren door hun

ervaringen (zie 5.2.4) (FG 2.2). Verder is het volgens ervaringsdeskundigen belangrijk om duidelijk aan te geven wanneer een behandeling klaar is en wanneer het laatste gesprek plaatsvindt (FG 3.3).

Daarnaast is de werkrelatie is volgens professionals en ervaringsdeskundigen uitermate van belang wanneer slachtoffers te maken hebben met loyaliteitsconflicten bij een bekende pleger (zie 5.1.5) (FG 2.1; FG 2.2; FG 2.3). De hulpverlener moet in de behandeling, bij zowel het slachtoffer als diens omgeving, rekening houden met de aanwezigheid van verschillende relaties met, ervaringen met en gevoelens richting de pleger (FG 2.1; FG 2.2; FG 4). Dit is bijvoorbeeld belangrijk als een hulpverlener de omgeving wilt betrekken voor steun aan het slachtoffer (zie 6.1.4), omdat de betrokkenen, in tegenstelling tot bij een onbekende pleger, mogelijk niet dezelfde gevoelens doormaken (FG 2.2). De hulpverlener moet het slachtoffer de ruimte voor ambivalentie geven, het bespreekbaar maken, en helpen accepteren dat deze gevoelens tegelijkertijd naast elkaar bestaan (FG 2.1; FG 2.2; FG 2.3; FG 4). Als een slachtoffer het contact wilt breken met de pleger, moet een hulpverlener volgens professionals ook aandacht hebben voor het verlies van de prettige kanten van de pleger (FG 2.1). Daarnaast is het beter om als hulpverlener niet slecht te praten over de pleger bij een loyaliteitsconflict, maar de focussen op het slachtoffer zelf (FG 2.1; FG 2.2). Dit omdat bekend is dat slachtoffers soms terugkomen bij de pleger, doordat de pleger een greep heeft op het slachtoffer waarvan lastig los te komen is (FG 2.1). In dat geval zou het lastiger zijn voor een slachtoffer om opnieuw hulp te vragen wanneer een hulpverlener negatief praatte over de pleger (FG 2.1). Ervaringsdeskundigen bevestigen dat slachtoffers het onprettig vinden als een behandelaar een aanname doet over de gevoelens die ze hebben jegens de pleger (e.g., verwachten dat het slachtoffer boos is op de pleger), of negatief praat over de pleger (FG 2.3; FG 4). Een gebrek aan ruimte voor ambivalentie en het gevoel niet te kunnen praten over de pleger, kan ervoor zorgen dat de behandeling niet werkt of dat slachtoffers minder open zijn (bijvoorbeeld doordat ze het gevoel hebben te moeten liegen of twee levens te moeten leiden) (FG 2.3; FG 4). Het is juist helpend als hulpverleners uitleg geven over de ambivalentie (zie ook psycho-educatie 6.2.5) (FG 2.3; FG 4).

6.1.4 Systeemgericht werken

Het is belangrijk volgens professionals en onderzoek om in de behandeling van slachtoffers van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting systeemgericht te werken en het netwerk van het slachtoffer vanaf het begin actief te betrekken (Bounds et al., 2020; FG 2.1; FG 2.2; Warrington et al., 2023). Omdat hulpverleners slechts tijdelijk aanwezig zijn en er een risico op terugval bestaat, vooral wanneer een slachtoffer terugkeert naar een ongezonde omgeving, is het van belang dat er in de directe omgeving steunfiguren beschikbaar zijn die stabiliteit kunnen bieden (FG 2.1). Ervaringsdeskundigen geven ook aan dat een verbetering in klachten uit kan blijven wanneer een slachtoffer terug moet naar een onveranderde context (FG 4). Een te individualistische behandeling, niet gericht op het (gezins)systeem, zou ineffectief zijn en kunnen leiden tot een negatiever zelfbeeld (e.g., zich het probleem voelen/zichzelf de schuld geven) en gevoelens van eenzaamheid (FG 4). Volgens ervaringsdeskundigen is het betrekken van bijvoorbeeld ouders, mentoren of leeftijdsgenoten helpend, onder andere zodat slachtoffers positieve ervaringen op kunnen doen (FG 2.3; FG 4). Ook onderzoek toont aan dat zowel sociale steun als succeservaringen belangrijk zijn voor zelfeffectiviteit (Kleppang et al., 2023). Ervaringsdeskundigen geven ook aan behoefte te hebben aan het leren van aangaan van gezonde relaties en het omgaan met het gezinssysteem (zie ook 6.2.5) (FG 4).

De ingrijpende gebeurtenissen hebben volgens professionals en onderzoek impact op niet alleen het slachtoffer maar ook diens omgeving, waarbij de reacties van gezinsleden en andere betrokkenen zowel ondersteunend als belemmerend kunnen zijn (zie 5.2.2 & 5.2.21) (FG 2.2; Warrington et al., 2023). Angstige of bezorgde reacties kunnen bijvoorbeeld leiden tot het doorbreken van dagelijkse routines, zoals het niet meer naar school laten gaan, terwijl het juist helpend kan zijn om die structuur te behouden zolang het slachtoffer dat zelf aankan (FG 2.2). Door ook de omgeving te ondersteunen in hoe om te gaan met de situatie, wordt niet alleen het risico op isolatie verkleind, maar ontstaat er ook een meer duurzame basis voor herstel (FG 2.2). De impact die het seksueel geweld heeft op de omgeving (e.g., stress), beïnvloed volgens onderzoek vervolgens het slachtoffer (e.g., PTSS) (Bicanic et al., 2014; Warrington et al., 2023), bijvoorbeeld omdat slachtoffers zich vaak verantwoordelijk voelen voor hun familieleden, waardoor het essentieel is voor het herstel van slachtoffers om ook familieleden te ondersteunen en misplaatste schuldgevoelens van het slachtoffer te minimaliseren (Warrington et al., 2023). Wanneer dader en slachtoffer tot hetzelfde gezin behoren (zie 5.1.5), blijkt hulp vinden voor de pleger echter moeilijker dan voor een slachtoffer (FG 1.1). Volgens ervaringsdeskundigen kan het echter ook helpend zijn om het contact met bepaalde niet-behulpzame mensen uit de omgeving te verbreken (FG 2.3).

6.1.5 Maatwerk

Maatwerk is gedurende de gehele behandeling van belang volgens professionals en ervaringsdeskundigen (FG 1.1; FG 2.1; FG 2.2; FG 4). De aanpak moet afgestemd worden op onder andere de leeftijd en ontwikkelingsfase van het slachtoffer, inclusief eventuele LVB, en of het slachtoffer zichzelf erkent als een slachtoffer (zie 5.1.3) (FG 1.1; FG 2.1; FG 2.2). Daarnaast hangt de behandeling af van of de pleger een bekende is van het slachtoffer of niet (zie 5.1.5 en 6.1.3) (FG 2.2). Ook juridische trajecten, zoals lopende aangiftes, kunnen invloed hebben op wat op welk moment mogelijk is binnen de behandeling (FG 2.1). Ook in onderzoek komt naar voren dat in de behandeling rekening gehouden moet worden met aspecten zoals LHBTQIA+, ontwikkelingsfase, leeftijd (bijv. bepalend voor de duur van sessies, verbale vaardigheden, soort vragen dat gesteld kan worden en mate van abstract denken), LVB (bijv. bepalend voor het beroep doen op de cognitieve en verbale vaardigheden, de noodzaak van herhaling) en duur sinds de gebeurtenis (bijv. bepalend voor de mate van forensisch bewijs dat nog verzameld kan worden) (Bardwell et al., 2024; Bicanic et al., 2014; International Rescue Committee, 2023; Stobbe et al., 2021). Onder professionals is er nog geen consensus over of een andere aanpak nodig is bij een kort versus lang geleden gebeurtenis (zie 5.1.1), online versus offline situatie (zie 5.1.6), of bij seksuele uitbuiting versus (enkelvoudig) seksueel misbruik (zie 5.1.4) (FG 2.1; FG 2.2). Ondanks dat de situaties van elkaar verschillen, worden er bij slachtoffers in de praktijk namelijk vaak wel veel vergelijkbare klachten gezien, zoals een negatief zelfbeeld (zie 5.2.3), een slechte fysieke gesteldheid (zie 5.3) en negatieve reacties van de omgeving (zie 5.2.2) (FG 2.2). Kortom, er moet bij elk slachtoffer gekeken worden welke klachten hij of zij ervaart, en dus wat hij of zij nodig heeft (FG 2.1; FG 2.2). Dit zal ook niet voor alle slachtoffers traumabehandeling zijn (FG 2.2). Een gebrek aan maatwerk kan volgens professionals en ervaringsdeskundigen niet effectief zijn of zelfs schadelijk zijn (FG 4).

6.1.6 Samenwerking, wisselingen en wachtlijsten

De samenwerking tussen onder andere GGZ-instellingen, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen en

kinderartsen is volgens professionals van belang voor het leggen van de link tussen fysieke en psychische klachten (zie 5.3.1) (FG 2.2). Net als slachtoffers (zie 5.1.3) leggen professionals, zoals medisch specialisten en fysiotherapeuten, niet altijd deze link (FG 2.2). Het kan helpend zijn om de reguliere GGZ hulpverlening standaard te vragen naar lichamelijke klachten bij slachtoffers en medische problemen uit te sluiten voordat aan een psychische behandeling wordt begonnen (FG 2.2). Volgens ervaringsdeskundigen moeten slachtoffers echter vaak hun eigen regiebehandelaar zijn, waarbij ze zelf moeten zoeken naar een passende en helpende behandeling (FG 2.3). Onderzoek laat zien dat multidisciplinaire samenwerking belangrijk is (Menhart et al., 2025) en dat gecoördineerde zorg effectiever is voor hertel en kans op arrestatie van de dader dan niet-geïntegreerde aanpakken (Bicanic et al., 2014). Het CSG biedt daarom medische, forensische en psychologische zorg aan recente slachtoffers van seksueel geweld. Verder krijgen slachtoffers veel te maken met wachtlijsten, en met wisselingen in behandelaren en organisaties (FG 2.3; FG 4). Het veel moeten wisselen van behandelaar kan een behandeling volgens ervaringsdeskundigen minder effectief maken (bijvoorbeeld omdat sommige slachtoffers tijd nodig hebben om een vertrouwensband op te bouwen, zie ook 6.1.3), terwijl het voor anderen wel effectief kan zijn (bijvoorbeeld omdat misbruik gepleegd werd door een hechtingsfiguur) (FG 4).

6.1.7 Diagnostiek en classificatie

Volgens ervaringsdeskundigen worden slachtoffers niet altijd serieus genomen (FG 1.3). Dit blijkt uit dat sommige lichamelijke klachten worden genegeerd door bijvoorbeeld huisartsen of specialisten in het ziekenhuis vanwege het slachtoffers' GGZ-dossier met diagnoses, terwijl er achteraf wel een lichamelijke oorzaak blijkt te zijn (FG 1.3). Daarnaast wordt er volgens ervaringsdeskundigen ook binnen de GGZ te veel nadruk op de diagnoses gelegd, wat beperkend kan voelen voor slachtoffers (FG 1.3). Bovendien kan dat ervoor zorgen dat slachtoffers pas later om hulp gaan vragen, bijvoorbeeld omdat behandelaren nog op zoek waren naar een diagnose om een passende behandeling te starten (FG 2.3). Zo krijgen slachtoffers classificaties zoals die van persoonlijkheidsproblematiek of ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD (FG 2.3). Echter blijken deze classificaties achteraf niet altijd passend, volgens ervaringsdeskundigen bijvoorbeeld doordat behandelaren te veel eigen interpretaties gaven aan het verhaal of gedrag van het slachtoffer (FG 2.3). Dit resulteerde vervolgens in een niet passende behandeling en een gevoel niet serieus te worden genomen (FG 2.3). t Volgens de ervaringsdeskundigen ligt de oorzaak van de klachten (en dus de passende behandelrichting) eerder in de traumatische gebeurtenis die slachtoffers meegemaakt hebben (FG 2.3; FG 3.3). Ook professionals zien dat classificaties niet altijd passend zijn en kunnen wisselen (FG 2.1). Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat na het inzetten op een classificatie (bijvoorbeeld PTSS), dat andere klachten zoals slaap- en concentratieproblemen zodanig verminderd zijn dat de vraag is of een andere classificatie (bijvoorbeeld ADHD) stand houdt en of daarop nog apart ingezet moet worden (Bicanic et al., 2014; FG 2.1). Ook de literatuur bevestigd dat slachtoffers vaak gemisdiagnostiseerd worden met ADHD, terwijl PTSS of angststoornissen achteraf passender blijken (Hornor, 2010).

6.1.8 Financiering en vergoeding

Sinds 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor de zorg voor jeugd (Jeugdwet) en zorgverzekeraars voor die van volwassenen (Zorverzekeringswet). Professionals en ervaringsdeskundigen lopen in het behandeltraject tegen financieringsproblemen aan (FG 3.1; FG 2.3). Professionals lopen er bijvoorbeeld tegenaan dat diagnose-

behandelcombinaties (DBC's) nodig zijn voor de bekostiging van een behandeling, dat dossiers slechts voor kortere periode open gehouden mogen worden, dat er regionale (e.g., tussen gemeentes) verschillen zijn in beschikkingen en contractafspraken, dat er productieplafonds zijn in ziekenhuizen en dat de financiering soms stopt bij een leeftijd van 18 jaar (zie 6.4.3) (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Deze verschillen in bekostiging en wetgevend kader zorgt voor versnippering van ondersteuning en leidt tot moeizame samenwerking tussen verschillende sectoren (Ministerie van VWS, 2022). Door het sinds 2022 nieuwe systeem 'zorgprestatiemodel (ZPM) wordt een deel van de belemmeringen al weggenomen, omdat de zorg niet meer per traject maar per consult (i.e., prestatie) wordt vergoed (Zorgprestatiemodel, 2026). Ook ervaringsdeskundigen lopen tegen financieringsproblemen aan, zoals dat er steeds meer hulpbronnen (van buiten de reguliere GGZ) buiten het pakket van de verzekering vallen, er geen pure restitutiepolis meer is en dat de bezuinigingen bepaalde behandelmogelijkheden hebben doen verdwijnen (FG 2.3). Het moeten vechten voor een behandeling geeft slachtoffers het gevoel er alleen voor te staan en niet serieus te worden genomen door de maatschappij (FG 2.3). Slachtoffers wensen daarom een betere financiering voor zowel de reguliere als alternatieve zorg, en voor de overgang van jeugd- naar volwassenzorg (FG 3.3).

6.1.9 Preventieve interventies

Om het doorbreken van de intergenerationele overdracht (zie 5.1.2) te ondersteunen kunnen meer preventieve interventies ingezet worden. Zo zou psycho-educatie volgens ervaringsdeskundigen preventief ingezet kunnen worden bij kinderen bijvoorbeeld via 'Het Klokhuis' of 'Rots & Water' (FG 2.3; FG 3.3). Seksuele educatie zou niet alleen moeten gaan over seks en voortplanting, maar ook over hoe relaties horen te werken (FG 3.3). Volgens ervaringsdeskundigen kan meer bewustwording rondom seksueel geweld bijdragen aan het sneller signaleren en het zich vrijer voelen van slachtoffers om hierover te spreken (FG 3.3).

6.2 Behandeling psychosociale gevolgen

6.2.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wordt volgens professionals ingezet voor psychotrauma-gerelateerde klachten (zoals bij PTSS) (FG 2.2; FG 2.2) en wordt ook benoemd als effectieve interventie in richtlijnen zoals de Richtlijn Traumagerelateerde problemen (Richtlijnen JHJB, 2021). Daarnaast kan het ook helpend zijn bij schuldgevoelens, schaamte, zelfbeeld, angst of het leren grenzen aangeven (FG 2.1). Echter zet de behandeling voornamelijk in op de herinnering aan de gebeurtenis en minder op een negatief zelfbeeld (FG 2.2). Onderzoek laat zien dat EMDR effectief is in het verminderen van de emotionele impact, intrusieve symptomen, vermijdende symptomen, angst, depressie en PTSS-symptomen (Miles et al., 2024). Volgens de literatuur bleek EMDR, in vergelijking met eclectische therapie, meer traumaverwerking op te leveren en, in vergelijking met cognitieve gedragstherapie (CGT), snellere symptoomreductie te laten zien (Montoya & Saunt, 2024). Daarnaast laten studies zien dat EMDR bij kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt effectief is in het verminderen van PTSS-symptomen, met daarbij afname van mentale distress en depressieve symptomen. Ook bij personen die als kind seksueel misbruikt zijn en later seksuele delicten hebben gepleegd, wordt beschreven dat EMDR kan bijdragen aan betere traumaverwerking en een grotere betrokkenheid bij daaropvolgende groepsbehandeling. Volgens onderzoek is EMDR kort op het seksueel geweld niet per definitie effectiever dan 'watchful waiting' (Covers et al., 2021). Volgens ervaringsdeskundigen kan EMDR voor een deel

van de slachtoffers veel goed doen (e.g., het aantal nachtmerries verminderen), terwijl het voor anderen geen effect heeft (FG 2.3; FG 4). Of EMDR effectief is, ligt volgens ervaringsdeskundigen voornamelijk aan of slachtoffers het lastig vinden om zich te richten op één plaatje tegelijkertijd versus het gehele verhaal (zoals bij narratief exposure therapie, zie 6.2.4) (FG 2.3). Daarnaast is het voor sommige slachtoffers lastig om zich te focussen op het nare plaatje en vermijden zij dit juist tijdens de EMDR (FG 2.3). Ook kan het liggen aan de uitvoering van de EMDR, omdat voor het ene slachtoffer enkel het gebruik van piepjes genoeg is, terwijl een ander meer nodig heeft om het werkgeheugen te belasten en dus om de behandeling effectief te laten zijn (FG 4). Voor een deel van de ervaringsdeskundigen kan EMDR (ook) een negatief effect hebben, zoals lichamelijke klachten (e.g., hoofdpijn, snel huilen, slecht tegen prikkels van licht kunnen, of conversiestoornis/functioneel neurologische stoornis) (FG 2.3). Tot slot benoemden ervaringsdeskundigen ook IEMT (Integral Eye Movement Therapy), die verwant is aan EMDR, als effectieve behandelmethode (FG 4).

6.2.2 Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) wordt volgens professionals ingezet voor psychotrauma-gerelateerde klachten (zoals bij PTSS) (FG 2.2; FG 2.2) en wordt ook benoemd als effectieve interventie in richtlijnen zoals de Richtlijn Traumagerelateerde problemen (Richtlijnen JHJB, 2021). Volgens ervaringsdeskundigen kan CGT (of traumagerichte CGT; TG-CGT) effectief zijn in het verminderen van onder andere schuldgevoelens (FG 2.3). De literatuur laat zien dat CGT kan bijdragen aan het verminderen van klachten bij slachtoffers van seksueel geweld. CGT wordt bij adolescenten en volwassenen in verband gebracht met een afname van angst-, depressieve en PTSS-symptomen en met verbeteringen in sociaal en dagelijks functioneren (Miles et al., 2024). Tegelijkertijd laat onderzoek zien dat de effecten van algemene, niet-traumagerichte CGT wisselend zijn (Tichelaar et al., 2020). CGT blijkt effectiever wanneer de behandeling wordt aangepast aan trauma en seksueel misbruik, bijvoorbeeld door het toevoegen van trauma-exposure en misbruikspecifieke cognitieve interventies. CGT die specifiek is afgestemd op slachtoffers van seksueel misbruik, inclusief leeftijdsgerichte aanpassingen bij jonge kinderen, blijkt effectiever dan behandelingen zonder expliciete trauma- of misbruikfocus. Binnen deze aangepaste benaderingen laat traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) vooral consistente behandelresultaten zien bij psychotrauma-gerelateerde klachten (Hornor, 2010; Tichelaar et al., 2020).

Er bestaan verschillende typen CGT. Een voorbeeld is cognitieve verwerkingstherapie (Cognitive Processing Therapy; CPT), die effectiever is in het verminderen van PTSS-symptomen als het dichter op het seksueel misbruik ingezet wordt (Covers et al., 2021). Andere vormen van CGT worden in de volgende paragrafen beschreven.

6.2.3 Exposure Therapieën: NET, IE, EiV & PE

Slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen baat hebben bij verschillende soorten exposure therapie. Volgens professionals kan Narrative Exposure Therapie (NET) worden ingezet voor psychotrauma-gerelateerde klachten (zoals bij PTSS) (FG 2.2). Er wordt dan een levenslijn gevormd met tien stenen voor moeilijke herinneringen en tien bloemen voor mooie herinneringen, die de professional allemaal behandeld en een verslag van schrijft (FG 2.3). Exposuretherapie, waaronder Narrative Exposure Therapy (NET), wordt volgens de literatuur effectief bevonden voor PTSS en wordt dan ook in internationale en Nederlandse

richtlijnen (e.g., KIDNET in Richtlijn Traumagerelateerde problemen) aanbevolen voor de behandeling van psychotrauma-gerelateerde klachten (Miles et al., 2024; Richtlijnen JHJB, 2021). Ervaringsdeskundigen geven aan dat dit voor een deel van de slachtoffers een positief effect heeft (vooral door het kunnen doen van het gehele verhaal) terwijl het voor anderen geen effect heeft (FG 2.3).

Ook Imaginaire exposure (IE) wordt volgens professionals ingezet voor psychotrauma-gerelateerde klachten (zoals bij PTSS) (FG 2.1) en wordt ook benoemd als effectieve interventie in richtlijnen zoals de Richtlijn Traumagerelateerde problemen (Richtlijnen JHJB, 2021). Echter gaven ervaringsdeskundigen ook hierbij aan dat het voor sommige slachtoffers een positief effect heeft (e.g., verminderen vermijding en opener kunnen praten) terwijl het voor anderen geen effect heeft (FG 2.3). Ook kan Exposure in Vivo (EiV) in de vorm van een bepaalde plek opzoeken effectief zijn volgens ervaringsdeskundigen (FG 2.3) en de Richtlijn Traumagerelateerde problemen (Richtlijnen JHJB, 2021). Onderzoek laat zien dat Prolonged Exposure (PE) effectief kan zijn in het verminderen van PTSS, depressie en gedragsproblemen, en dat het belangrijkste werkingsmechanisme de blootstelling (in vivo of imaginair) aan traumagerelateerde stimuli is (Tichelaar et al., 2020). PE is effectiever in het verminderen van PTSS-symptomen als het dichter op het seksueel misbruik ingezet wordt (Covers et al., 2021). Onderzoek laat bovendien zien dat PE ook effectief en veilig kan worden toegepast bij PTSS-patiënten met ernstige comorbiditeit, zoals depressie, middelengebruik of suïcidaliteit, mits deze klachten zorgvuldig worden gemonitord (Van Minnen et al., 2012). Daarbij nemen niet alleen PTSS-symptomen af, maar laten studies ook een afname van comorbide klachten zien.

6.2.4 Schematherapie

Schematherapie wordt volgens professionals ingezet voor het behandelen van schuldgevoelens en een negatief zelfbeeld (FG 2.2). Hoewel er geen direct onderzoek bekend is naar de toepassing van schematherapie bij slachtoffers van seksueel misbruik en uitbuiting, beschrijft de literatuur dat schematherapie zich richt op het herkennen en veranderen van vroeg ontstane maladaptieve schema's en schema-modi die samenhangen met schuldgevoelens, schaamte en een negatief zelfbeeld (Joshua et al., 2025). Daarnaast laat deze literatuur zien dat schematherapie bij jongeren en jongvolwassenen samenhangt met een afname van psychische klachten. In een relatief kleine studie naar de effectiviteit van schematherapie bij volwassen vrouwen met een voorgeschiedenis van kindermishandeling bleek schematherapie effectief in het verbeteren van emotieregulatie, waaronder de acceptatie van emotionele reacties, doelgericht gedrag en impulscontrole (Daneshmandi et al., 2019). Daarnaast beschrijft de schematherapeutische literatuur dat schematherapie zich richt op het verminderen van schuld- en schaamtegevoelens over emoties door het normaliseren van emotionele ervaringen en het loskoppelen van emoties van morele oordelen en gedrag, wat relevant kan zijn voor slachtoffers van seksueel misbruik of uitbuiting (Leahy, 2016).

6.2.5 Psycho-educatie

Psycho-educatie wordt volgens professionals ingezet voor onder andere loyaliteitsconflicten, gevoelens van schuld en schaamte, of psychotrauma-gerelateerde klachten (zoals bij PTSS) (FG 2.1; FG 2.2; FG 4). Er wordt bijvoorbeeld uitleg gegeven over de Window of Tolerance (FG 2.1), over ambivalente gevoelens vanwege een loyaliteitsconflict (FG 4), of over hoe het lichaam kan reageren op seksuele uitbuiting en seksueel misbruik, zelfs

als een slachtoffer de seksuele handelingen als onprettig heeft ervaren (FG 1.2; FG 2.1). Ervaringsdeskundigen hebben daarnaast behoefte aan psycho-educatie over de verschillende fases in de verwerking en het dynamische herstel (FG 4). Voor psycho-educatie wordt gebruik gemaakt van bijvoorbeeld een emotie thermometer, de metafoor van de ladekast, de Slapende Honden methodiek en het Vlaggensysteem (FG 2.1). Deze laatste kan bijvoorbeeld helpen bij het duiden van seksuele gedrag en het leren van grenzen tussen passend en ongepast seksueel gedrag (FG 2.1). Psycho-educatie kan bovendien bijdragen aan het duiden van klachten als gevolg van het seksuele trauma (FG 2.1). In de literatuur wordt psycho-educatie vaak beschreven als een onderdeel van traumagerichte interventies (Roberts et al., 2023; Tichelaar et al., 2020). Psycho-educatie kan bijvoorbeeld binnen groepsbehandeling worden toegepast bij slachtoffers van seksueel misbruik, zowel met het doel om emotionele en gedragsmatige traumaklachten te verminderen als om voorlichting te geven over seksualiteit en trauma-gerelateerde thema's (Tichelaar et al., 2020). Onderzoek toont aan dat psycho-educatie bij volwassen slachtoffers van seksueel misbruik in de kindertijd kan helpen om minder gebruik te maken van vermijdingsstrategieën en -gedragingen en kan helpen bij het versterken van copingsvaaridgheden (Hébert & Touringny, 2010, Karatzias et al., 2014). Daarnaast zijn psycho-educatieve interventies ook bevorderend voor het stressmanagment- en emotieregulatievaardigheden en zorgt voor een toename in zelfeffectiviteit (Littleton & Grills, 2019).Onderzoek laat echter zien dat psycho-educatie slechts kleine, significante verbeteringen in psychische klachten oplevert, waardoor vaak aanvullende behandeling nodig blijft. Bij psycho-educatie moet volgens professionals bovendien zorgvuldig omgegaan worden met het taalgebruik, omdat het willen aanleren van grenzen gevoelens op kan roepen dat slachtoffers iets fout hebben gedaan omdat ze hun grenzen niet konden aangeven (FG 2.1).

Het kan volgens professionals helpend zijn om psycho-educatie niet alleen in te zetten bij het slachtoffer zelf, maar ook bij diens systeem waaronder ouders, grootouders of leerkrachten (FG 1.1; FG 2.1).Dit is extra belangrijk wanneer er sprake is van afhankelijkheidsrelaties (zoals bijvoorbeeld bij groomen), omdat het voor buitenstaanders vaak moeilijk is om de dynamiek en invloed van de pleger op het slachtoffer te begrijpen (FG 2.1). Ook in de literatuur wordt beschreven dat psycho-educatie ingezet kan worden bij slachtoffers van seksueel misbruik en diens ouders, om te leren begrijpen waarom het gebeurd is, op wie dit impact heeft, wat de impact zal zijn, en waarom het slachtoffer zich op bepaalde manieren zal voelen en gedragen (Caro et al., 2023). Onderzoek toont aan dat bij het inzetten van psycho-educatie slachtoffers meer sociale steun en openheid ervaren waardoor ze vaker steun zochten in hun omgeving om hun ervaringen te bespreken (Littleton & Grills, 2019).

Desondanks wordt psycho-educatie met betrekking tot de seksuele ontwikkeling volgens ervaringsdeskundigen niet altijd gegeven (FG 2.3). Er wordt bijvoorbeeld tijdens de psycho-educatie meer gefocust op het misbruik en niet op het plezier dat ook bij seks kan horen (FG 2.3). Hier hebben slachtoffers echter wel behoefte aan, omdat ze vaak niet weten wat normaal is (zie 5.2.19) en er in de omgeving soms sprake van een taboe is (FG 2.3). Dit kan er volgens ervaringsdeskundigen toe leiden dat slachtoffers opnieuw in risicovolle situaties terecht komen (FG 2.3). Daarnaast hebben slachtoffers behoefte aan uitleg over gezonde relaties (FG 4).

6.2.6 Competitive Memory Training (COMET)

Competitive Memory Training (COMET) wordt ingezet voor het behandelen van schuldgevoelens en een negatief

zelfbeeld (FG 2.2). Hoewel er geen direct onderzoek is gevonden naar de effectiviteit van COMET bij slachtoffers van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting, biedt onderzoek naar de toepassing van COMET wel aanknopingspunten. Uit onderzoek blijkt dat COMET werkzaam is bij het verbeteren van een laag zelfbeeld en het verminderen van depressieve klachten. Een negatief zelfbeeld en depressieve klachten kunnen gevolgen zijn van seksueel geweld (zie 5.2.3 en 5.2.10). COMET wordt transdiagnostisch toegepast, wat betekent dat de interventie zich richt op onderliggende mechanismen, zoals een negatief zelfbeeld, ongeacht de primaire diagnose. Daarbij richt COMET zich op het versterken van positieve zelfrepresentaties door het actief oproepen en versterken van corrigerende autobiografische herinneringen (Korrelboom et al., 2022).

6.2.7 Schrijftherapie

Schrijftherapie wordt volgens professionals ingezet voor psychotrauma-gerelateerde klachten (zoals bij PTSS) (FG 2.2) en wordt ook benoemd als effectieve interventie in richtlijnen zoals de Richtlijn Traumagerelateerde problemen (Richtlijnen JHJB, 2021). Ervaringsdeskundigen geven daarnaast aan dat schrijven kan helpen om meer open te zijn en minder te vermijden (FG 2.3). Ook onderzoek toont aan dat expressief schrijven een effectieve, laagdrempelige interventie kan zijn voor het verminderen van depressieve klachten, PTSS-symptomen en seksuele disfuncties (en seksuele maladaptieve schema's) bij vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik in de jeugd (Meston et al., 2013). Door gespreide schrijfsessies krijgen slachtoffers de ruimte om traumatische ervaringen en onderliggende (seksuele) schema's cognitief te verwerken, wat leidt tot verbeteringen die ook zes maanden na afloop stand houden.

6.2.8 Vaktherapie: PMT, beeldende therapie & muziektherapie

Psychomotorische therapie (PMT), beeldende therapie en muziektherapie zijn allemaal vormen van vaktherapie, die worden ingezet voor psychotrauma-gerelateerde klachten (zoals bij PTSS), schaamte, angst en leren grenzen aan te geven (FG 2.1). Onderzoek naar creatieve therapieën (zoals beeldende, drama-, dans- en muziektherapie) bij adolescenten en volwassenen die slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld laat zien dat deze interventies kunnen bijdragen aan het vergroten van zelfbewustzijn en emotionele expressie (Miles et al., 2024; Trivedi & Rejani, 2016). Voor kinderen zijn creatieve therapieën effectief in het verminderen van PTSS-symptomen zoals vermijding en zijn effectiever voor kinderen dan volwassenen (Maddox et al., 2024). Hoewel sommige studies positieve effecten rapporteren van creatieve therapieën op klachten zoals angst, externaliserende problemen, depressie (negatieve stemming) en schaamte, is aanvullend onderzoek nodig om de effectiviteit van deze therapievormen verder te onderbouwen (Morison et al., 2021; Van de Kamp et al., 2023). Ander onderzoek naar body- en movement-oriented interventions, zoals yoga, bij personen met PTSS laat zien dat deze interventies een matig positief effect hebben op PTSS- en depressieve klachten en een sterk effect op slaapkwaliteit, maar dat ook hier verdere onderbouwing nodig is (Van de Kamp et al., 2023). De kwaliteit van onderzoek naar vaktherapie laat nog veel te wensen over (Maddox et al., 2024; Morison et al., 2021).

6.2.9 Multisysteemtherapie (MST)

Het kan goed zijn om anderen te betrekken in de behandeling van het slachtoffer via (multi)systeemtherapie (e.g., Multisysteem Therapie - Problem Sexual Behavior; MST-PSB) (FG 2.1). Volgens de literatuur kan familietherapie bijdragen aan het herstel van slachtoffers van seksueel misbruik doordat de behandeling zich

richt op het gezamenlijk begrijpen van het misbruik, het verbeteren van interactiepatronen en het versterken van steun en coping binnen het gezinssysteem. Tegelijkertijd is er weinig onderzoek dat zich specifiek richt op de effectiviteit van familietherapie bij deze doelgroep. Het beschikbare onderzoek laat geen bewijs zien voor een gunstig effect van familietherapie ten opzichte van gebruikelijke zorg op onder meer seksueel getint gedrag, internaliserende problematiek en middelengebruik, zowel direct na behandeling als bij follow-up. Daarbij wordt benadrukt dat deze bevindingen zijn gebaseerd op een beperkt aantal studies en dat het huidige bewijs niet uitputtend is (Caro et al., 2023).

6.2.10 School- & werkafspraken

Op school en/of werk kunnen afspraken gemaakt worden met en voor het slachtoffer (FG 2.2). Deze kunnen betrekking hebben op dingen die triggers oproepen bij het slachtoffer, het informeren over pesterijen en het functioneren van het slachtoffer, ruimte voor een behandeling onder school- of werktijd, en de invloed van de behandeling op de werkzaamheden (FG 2.2). Deze afspraken kunnen bijdragen aan het verminderen van vermijding en isolatie (FG 2.2). Echter willen niet alle slachtoffers dat school en/of werk betrokken wordt, bijvoorbeeld uit angst om te moeten vertellen over hun ervaring of om anders te zijn dan de rest (FG 2.2).

6.2.11 Groepstherapie, lotgenotencontact & ervaringsdeskundigen

Groepstherapie en lotgenotencontact kan volgens professionals helpend zijn in de behandeling van een slachtoffer als hij of zij geïsoleerd is geraakt, om zo ervaringen uit te wisselen en te schuldgevoelens te verminderen (FG 2.1; FG 4). In een onderzoek naar door ervaringsdeskundigen begeleide lotgenotengroepen voor volwassen slachtoffers van seksueel misbruik en seksueel geweld, gaven deelnemers aan dat deelname bijdroeg aan vermindering van isolement, een betere regulatie van emoties en hernieuwde sociale verbondenheid (Konya et al., 2020). Ook volgens ervaringsdeskundigen is het betrekken van ervaringsdeskundigen en lotgenoten (e.g., via een ervaringscafé of zelfhulpgroep) helpend (FG 2.3; FG 3.3; FG 4). Het wordt bijvoorbeeld fijn gevonden dat slachtoffers zich empowered voelen en weten dat ze overeenkomstige dingen hebben doorstaan (FG 4). Slachtofferhulp Nederland faciliteert lotgenotencontact voor slachtoffers van seksueel misbruik via verschillende vormen. Zo organiseren zij zowel live bijeenkomsten als online bijeenkomsten. Daarnaast hebben zij een online community opgezet waar slachtoffers in een afgeschermde en laagdrempelige omgeving ervaringen kunnen delen en steun kunnen vinden bij lotgenoten (zie Lotgenotencontact seksueel geweld - Slachtofferhulp Nederland). Ook de literatuur laat zien dat groepstherapie worden ingezet om emotionele, gedragsmatige en andere traumagerelateerde klachten na seksueel misbruik te verminderen, maar ook voor psycho-educatie rondom seksualiteit (Tichelaar et al., 2020). Een verondersteld werkingsmechanisme is dat de groepscontext gevoelens van isolatie en sociale stigmatisering kan verminderen. Het delen van ervaringen bevordert onderlinge steun, wat kan bijdragen aan symptoomreductie (Miles et al., 2024). Echter laat onderzoek ook gemengde resultaten zien. In sommige studies leidt groepstherapie tot gunstigere mentale gezondheidsuitkomsten dan individuele therapie of wachtlijstcondities, terwijl andere studies geen duidelijke effecten vinden. Opvallend is dat positieve effecten vooral werden gevonden in volledig vrouwelijke steekproeven, wat mogelijk samenhangt met het meer relationele en sociale karakter van groepstherapie (Miles et al., 2024). Tot slot benoemen professionals en ervaringsdeskundigen als belangrijke eis voor het betrekken van ervaringsdeskundigen dat zij zelf hun eigen ervaring verwerkt hebben (zodat ze andere

slachtoffers niet belasten), geregistreerd (i.e., opgeleid/getraind) zijn én er een professional bij is.

6.2.12 Steunfiguren betrekken: buddy, maatje, JIM of hulphond

Het kan goed zijn om steunfiguren te betrekken in de behandeling van het slachtoffer als zijnde een buddy, maatje of Jouw Ingebrachte Mentor (JIM), zeker als het slachtoffer geïsoleerd is geraakt (FG 2.1). Er is voor zover bekend geen onderzoek dat zich specifiek richt op de effectiviteit van maatjescontact bij slachtoffers van seksueel geweld. Uit review- en meta-analysestudies, zoals beschreven door het Nederlands Jeugdinstituut, blijkt dat informele mentorrelaties samenhangen met positieve ontwikkelingsuitkomsten bij jongeren. Deze uitkomsten hebben met name betrekking op de sociaal-emotionele ontwikkeling en het academisch en beroepsmatig functioneren. Daarnaast wordt beschreven dat informele mentorrelaties kunnen bijdragen aan meer zelfvertrouwen en het stimuleren van positieve relaties. Tegelijkertijd zijn de kwaliteit en continuïteit van de mentorrelaties van belang. Onzorgvuldige of voortijdig beëindigde mentorrelaties negatieve gevolgen kunnen hebben (Bastiaanssen et al., 2021). Daarnaast zijn mentoren en steunfiguren ook opgenomen in de Richtlijn Toekomstgericht werken (Richtlijnen JHJB, 2025).

Naast menselijke steunfiguren kunnen slachtoffers volgens ervaringsdeskundigen veel baad hebben bij een hulphond, omdat het bijvoorbeeld helpt bij het focussen op het heden en de toekomst in plaats van het verleden, en het gemakkelijker is om een dier dan een mens te vertrouwen (FG 2.3). Ook onderzoek laat voorzichtige positieve effecten zien van door honden ondersteunde therapie op PTSS-klachten, maar voor depressie, angst en externaliserende klachten (e.g., agressie) waren de resultaten inconsistent (Chapman et al., 2024). Ander onderzoek laat ook zien dat therapie met dieren (zoals honden) effectief is in het verminderen van PTSS-symptomen en depressie (Hediger et al., 2021). Ook groepstherapie met honden bleek effectief in het verminderen van traumaklachten waaronder angst, depressie, agressie, PTSS-symptomen, dissociatie en seksuele disfunctie (Dietz & Pennings, 2012).

6.2.13 Financiële ondersteuning: Schadefonds Geweldsmisdrijven

Hulpverleners kunnen volgens professionals een aanvraag doen bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven om slachtoffers te helpen op financieel gebied (FG 2.2). Ook volgens ervaringsdeskundigen is financiële ondersteuning belangrijk, vooral ook voor de groep die niet fulltime kan werken, maar ook niet voor altijd volledig arbeidsongeschikt is (FG 3.3).

6.2.14 Ondersteuning bij aangifte & juridische processen

Ervaringsdeskundigen vinden dat er nog meer ondersteuning mag zijn voor slachtoffers bij het doen van een aangifte en juridische processen, omdat deze processen niet zozeer gericht zijn op het slachtoffer en diens verwerkingsproces (FG 3.3). Volgens Slachtofferhulp kunnen slachtoffers wel rechtshulp ontvangen van een slachtofferadvocaat, die hen kan ondersteunen bij het behartigen van hun belangen binnen het strafproces. Zo kan een slachtofferadvocaat helpen bij het eisen van een schadevergoeding, het uitoefenen van het spreekrecht en het begeleiden bij het doen van aangifte. Aan de inzet van een advocaat zijn doorgaans kosten verbonden, maar in sommige gevallen komt een slachtoffer in aanmerking voor een gratis slachtofferadvocaat (zie Rechtshulp in het strafproces - Slachtofferhulp Nederland). Daarnaast kunnen slachtoffers, afhankelijk van hun

inkomen, gebruikmaken van gesubsidieerde rechtsbijstand. In bepaalde situaties biedt ook de verzekeraar ondersteuning, bijvoorbeeld bij het verhalen van materiële schade. Wanneer sprake is van immateriële schade als gevolg van een strafbaar feit, kan Slachtofferhulp eveneens ondersteuning bieden door de schade in kaart te brengen en te helpen bij het indienen van een vordering tot schadevergoeding. in de literatuur zijn voorzichtige positieve aanwijzingen over slachtofferadvocatuur (Becx et al., 2023).

6.2.15 Medicatie

Volgens ervaringsdeskundigen krijgen slachtoffers soms ook medicatie voorgeschreven, zoals antipsychotica voor angsten of antidepressiva, maar brengt dit ook bijwerkingen met zich mee en is niet voor iedereen effectief (bijvoorbeeld door een verkeerde diagnose) (FG 2.3; FG 4). Bovendien kunnen slachtoffers aan sommige medicatie verslaafd raken (FG 4). Na het stoppen met de medicatie kwamen klachten soms gedeeltelijk terug (FG 2.3) en ook de afbouw van medicatie is niet altijd goed geregeld volgens ervaringsdeskundigen (FG 4).

6.3 Behandeling lichamelijke gevolgen

6.3.1 Integrale aanpak psychosociale en fysieke klachten

Veel van de lichamelijke gevolgen die slachtoffers ervaren hangen volgens professionals en ervaringsdeskundigen samen met de psychosociale gevolgen (zie 5.3.1) (FG 1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 4). Ervaringsdeskundigen geven aan dat er daarom onder slachtoffers behoefte is aan een integrale aanpak van psychosociale en fysieke klachten (e.g., met psycho-educatie over deze samenhang) (FG 4). Momenteel krijgen slachtoffers een dergelijke integrale behandeling vaak niet of zijn de mogelijkheden beperkt (e.g., maximaal drie afspraken met een seksuoloog). Hoewel het aantal methodologisch sterke studies beperkt is, laat beschikbaar onderzoek zien dat dat behandelingen die zich expliciet richten op lichaamsbewustzijn en het verminderen van lichamelijke spanning kunnen bijdragen aan vermindering van zowel traumagerelateerde als lichamelijke klachten (Brom et al., 2017; Kuhfuß et al., 2021). Dat slachtoffers een dergelijke integrale behandeling vaak niet ontvangen, heeft volgens professionals en ervaringsdeskundigen onder andere te maken met dat lichamelijke signalen van seksueel geweld vaak gemist worden of dat klachten gebagatelliseerd worden. Daarnaast zijn de medische zorg (e.g., ziekenhuis of huisarts) en de psychologische zorg (e.g., GGZ) niet altijd op de hoogte van elkaars betrokkenheid bij het slachtoffer en verwijzen ze niet altijd door naar elkaar of andere behandelaren, zoals psychosomatisch fysiotherapeuten of psychomotorisch therapeuten. Ook behandelen beide partijen niet altijd de psychosomatische klachten, en is er minder bewijs beschikbaar voor de effectiviteit van dergelijke behandelingen (zie ook 6.5.5) waardoor de zorgverzekeraars minder vergoeden. Een integrale behandeling van psychosociale en fysieke klachten zou dus vragen om meer multidisciplinaire samenwerking.

6.3.2 Beweging & Vaktherapie: PMT

Psychomotorische therapie (PMT) is een vorm van vaktherapie, die volgens professionals wordt ingezet om spanning in het lijf te verminderen, zoals in de bekkenbodem (FG 2.1; FG 2.2). Neuropsychologisch onderzoek laat zien dat het oproepen van herinneringen aan seksueel misbruik tijdens therapie gepaard gaat met verminderde activiteit in hersengebieden die betrokken zijn bij emotieregulatie en verbale verwerking. Hierdoor kan het verbaal verwerken van traumatische ervaringen belemmerd worden (Stobbe et al., 2021). Lichaams- en bewegingsgerichte interventies (zoals lichamelijke oefeningen en yoga), die primair gericht zijn op fysieke

sensaties en minder een beroep doen op verbale vaardigheden, kunnen daarom bijdragen aan het reguleren van spanning en emoties (Stobbe et al., 2021; Van de Kamp et al., 2019). Bovendien zijn lichaams- en bewegingsgerichte interventies effectief zowel als aanvulling op bestaande behandelingen als wanneer het als zelfstandige behandelvorm worden ingezet (Van de Kamp et al., 2019). Volgens ervaringsdeskundigen waarderen slachtoffers de connectie met het lichaam in PMT (FG 2.3). Daarnaast kan EMDR volgens professionals ook lopend of in beweging (bijvoorbeeld boksend) worden ingezet om spanning in het lijf te verminderen (FG 2.1). Volgens ervaringsdeskundigen waarderen slachtoffers de connectie met het lichaam in boksend EMDR (FG 2.3) en kan beweging en sport in het algemeen (e.g., zwemmen) helpend zijn (FG 2.3).

6.3.3 Fysiotherapie

Fysiotherapie wordt ingezet volgens professionals om spanning in het lijf te verminderen (FG 2.1; FG 2.2). Volgens ervaringsdeskundigen waarderen slachtoffers de connectie met het lichaam in fysiotherapie, zoals bijvoorbeeld bij Somatic Experiencing (van Peter Levine) (FG 2.3). Vrouwen die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik ervaren vaak klachten van de bekkenbodem en symptomen zoals incontinentie of obstipatie, die zij als ernstig en levensveranderend ervaren (Imhoff et al., 2012). Fysiotherapie kan hierbij volgens onderzoek helpen door pijn en spanning in het bekken en gerelateerde gebieden te verlichten (Siehl et al., 2021; Stirling et al., 2021). Met name bekkenbodemspieroefeningen en multimodale fysiotherapeutische benaderingen zijn effectief gebleken in het verbeteren van het seksueel functioneren en het verminderen van pijn bij vrouwen met seksuele disfunctie (Blanco-Ratto et al., 2025). Over het geheel genomen leidt fysiotherapie tot een significante verbetering van de kwaliteit van leven, wat het belang onderstreept van het integreren van fysiotherapie in klinische revalidatieprogramma's. Hoewel deze resultaten veelbelovend zijn, is er momenteel weinig onderzoek beschikbaar naar hoe fysiotherapeuten optimaal kunnen werken met vrouwen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik. Er is daarom een duidelijke behoefte aan systematische screening van seksueel misbruik en eventuele psychologische klachten, verder onderzoek naar effectieve traumagerichte benaderingen in de bekkenbodemzorg, en competentiegerichte training voor fysiotherapeuten zodat zij adequaat kunnen reageren op de uitkomsten van screening en behandeling (Stirling et al., 2021). Ondanks dat onderzoek aantoont dat mannen met een geschiedenis van seksueel misbruik en uitbuiting vaak lichamelijke klachten ervaren, zoals bekkenbodemklachten en anale pijn (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2020; Van Den Hove & Lagro-Janssen, 2021), is er nog geen onderzoek beschikbaar naar behandelingen gericht op het verminderen van deze klachten. Wel blijkt uit onderzoek dat mannen met seksuele disfunctie die fysiotherapie kregen, een duidelijke verbetering van hun seksuele functioneren lieten zien vergeleken met controlegroepen (Gbiri & Akumabor, 2023). Deze bevindingen suggereren dat fysiotherapie een veelbelovende behandeling kan zijn voor het aanpakken van lichamelijke en seksuele gevolgen van seksueel misbruik bij mannen, hoewel verder onderzoek specifiek gericht op deze doelgroep noodzakelijk is om de effectiviteit vast te stellen.

6.3.4 Sensorimotor Psychotherapie (SP)

Sensorimotor psychotherapie (SP) is een behandelmethode die zowel cognitief-emotionele als lichamelijke en autonome symptomen van traumastress en hechtingsstoornissen aanpakt (Fisher, 2011). Volgens ervaringsdeskundigen waarderen slachtoffers de connectie met het lichaam in Sensorimotor Psychotherapie (SP) (FG 2.3). Het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van sensorimotor psychotherapie (SP) bij slachtoffers

van seksueel misbruik of uitbuiting is momenteel beperkt, aangezien onderzoek specifiek gericht op deze doelgroep beperkt is (Kuhfuß et al., 2021). Wel zijn er een aantal studies dat de effectiviteit van SP aantoont bij trauma-gerelateerde klachten die sterke overeenkomsten vertonen met de problematiek die voortkomt uit seksueel misbruik en uitbuiting. Deze onderzoeken laten zien dat SP zich richt op het verbeteren van autonome regulatie, lichaamsbewustzijn, de verwerking van impliciete herinneringen en affectregulatie (Fisher, 2011). Daarnaast toont onderzoek aan dat SP-geïnformeerde interventies kunnen leiden tot vermindering van angst- en trauma-gerelateerde symptomen (Classen et al., 2020; Gene-Cos et al., 2016; Kuhfuß et al., 2021). Hoewel deze bevindingen veelbelovend zijn, tonen zij tegelijkertijd de noodzaak van verder onderzoek naar de effectiviteit van sensorimotor psychotherapie specifiek bij de doelgroep slachtoffers van seksueel misbruik en uitbuiting.

6.3.5 Ontspannings- en ademhalingsoefeningen

Ontspannings- en ademhalingsoefeningen worden volgens professionals ingezet om spanning in het lijf te verminderen (FG 2.1). Volgens ervaringsdeskundigen helpen dergelijke oefeningen bij het reguleren van emoties zoals bij een paniekaanval (FG 2.3; FG 3.3). Ook mediteren kan helpend zijn voor slachtoffers bij het vinden van rust (FG 2.3). Bij volwassenen die slachtoffer zijn van kindermishandeling of seksueel misbruik is aangetoond dat mindfulness- en ademhalingsoefeningen leiden tot vermindering van PTSS-symptomen, angst en depressieve klachten, en dat deelnemers een beter lichaamsbewustzijn en meer controle over stressvolle situaties rapporteren (Earley et al., 2014; Kim et al., 2013; Tilley et al., 2023). Hoewel de meeste studies veelbelovend zijn, is het aantal onderzoek specifiek gericht op slachtoffers van seksueel misbruik beperkt, waardoor verdere onderzoek nodig is.

6.3.6 Plas- en poeppoli, GGD & Seksuoloog

De plas- of poeppoli wordt volgens professionals soms om hulp gevraagd bij zindelijkheidsproblematiek (FG 2.1). Daarnaast worden de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) en seksuologen ingezet bij seksueel disfunctioneren, SOA's en zwangerschappen (FG 2.1). Zij kunnen onder andere psycho-educatie geven (zie 6.2.5). Slachtoffers kunnen voor SOA-gerelateerde klachten terecht bij de huisarts en de GGD. De GGD biedt diagnostiek en kan, indien nodig, doorverwijzen of behandeling inzetten. Daarnaast wordt advies en voorlichting gegeven.

Onderzoek laat zien dat zindelijkheids- en darmproblemen bij mensen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik of uitbuiting het best kan worden behandeld met een multidisciplinaire en traumasensitieve behandeling (Selai et al., 2022). Hierbij kunnen somatische interventies (zoals dieetadvies bij darmklachten of bekkenfysiotherapie bij incontinentie) gecombineerd worden met psychologische behandeling, gericht op traumaverwerking. Er zijn aanwijzingen dat het behandelen van onderliggende traumagerelateerde klachten kan bijdragen aan vermindering van lichamelijke symptomen, maar specifiek onderzoek naar optimale behandelstrategieën voor deze doelgroep is nog beperkt. Daarom wordt in de praktijk vooral ingezet op een geïntegreerde aanpak, waarin zowel lichamelijke als psychische factoren expliciet worden meegenomen.

6.3.7 Ondersteuning anticonceptie: Nu Niet Zwanger

Een deel van de organisaties is aangesloten bij Nu Niet Zwanger om onder andere anticonceptie te regelen als ouders bijvoorbeeld niet bereid zijn om daar toestemming voor te geven (FG 2.1). Dit kan ook voor minderjarige slachtoffers. Nu Niet Zwanger (NNZ) is vrijwel overal in Nederland beschikbaar, elk GGD heeft een NNZ-team. NNZ ondersteunt professionals bij het zorgvuldig en respectvol bespreken van de kinderwens met cliënten. Het gesprek start altijd met toestemming en uitleg over waarom de kinderwens wordt verkend. Samen wordt gekeken naar wat iemand nu en in de toekomst wil, en wat de mogelijke komst van een kind daarbij zou betekenen. Professionals kunnen NNZ inschakelen voor overleg of advies. NNZ verzorgt geen medische verwijzingen, maar kan wel meedenken bij financiële drempels rondom anticonceptie. Zo kan NNZ helpen bij het regelen van een passende plek voor anticonceptiezorg, het voorbereiden van de cliënt op een afspraak en het informeren van de medisch professional over de context van de cliënt om misverstanden te voorkomen. Daarnaast biedt NNZ een gratis e-learning, trainingen en organiseert het regelmatig casuïstiekbesprekingen voor professionals.

6.3.8 Forensisch medisch onderzoek

Forensisch medisch onderzoek wordt soms volgens professionals ingezet om bijvoorbeeld bewijsmateriaal veilig te stellen zelfs als er (nog) geen juridische procedure in gang is (FG 2.1). Tijdens een forensisch onderzoek wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van een colposcoop, er wordt bewijs verzameld via vaginale, anale en orale swabs, bevlekte huid wordt onderzocht op bloed, sperma en sporen van zaadvocht, haarmonsters worden afgenomen, linnengoed en kleding worden onderzocht, en er wordt gecontroleerd op SOA's zoals syfilis, hepatitis en hiv (Menhart et al., 2025).

6.4 Nazorg

6.4.1 Doel

Het doel van nazorg is volgens professionals om overgebleven klachten te behandelen, het geleerde te verduurzamen/integreren in het dagelijks leven, en terugval te voorkomen (FG 2.1). Hierbij laat onderzoek zien dat bij nazorg het belangrijk is om aandacht te besteden aan het herstellen van veiligheid, zelfstandigheid en vertrouwen in het dagelijks leven, met voldoende ondersteuning en samenwerking waarbij het slachtoffer centraal staat (Muraya & Fry, 2015). Slachtoffers kunnen 13 tot 15 maanden na seksueel geweld nog hoge risico's hebben op drepressie, angst en PTSS, ook na een behandeling (Clarke et al., 2021). Klachten die na een behandeling over blijven hebben volgens professionals bovendien vaak betrekking op het zelfbeeld of het zelfvertrouwen (FG 2.1). Daarnaast zijn jonge kinderen nog in ontwikkeling, waardoor de kans dat er opnieuw hulp nodig gaat zijn groot is (FG 2.1). Een deel van de professionals peilt via een informele check (zie 7.1.3) hoe het met slachtoffers gaat (FG 2.1; FG 2.2). Ervaringsdeskundigen geven echter aan dat slachtoffers meestal in hun beleving geen nazorg ontvangen (FG 2.3).

6.4.2 Beschermende factoren versterken: netwerk & autonomie

In de nazorg worden volgens professionals beschermende factoren versterkt, waaronder het netwerk van het slachtoffer (FG 2.1; FG 2.2). Uiteindelijk is de hulpverlening tijdelijk, wat betekent dat het netwerk op de lange termijn het vangnet zal zijn (FG 2.1; FG 2.2). Om die reden laten hulpverleners het slachtoffer in de nazorgfase

zelfstandig oefenen, om zo dat wat geleerd is te integreren in het dagelijks leven (FG 2.1; FG 2.2). Wanneer het systeem niet meebeweegt met het herstel van het slachtoffer, bestaat het risico dat het slachtoffer bij terugkeer in oude patronen vervalt en het geleerde niet toe kan passen in de dagelijkse praktijk (FG 3.1). Onderzoek laat zien dat de omgeving en veiligheid belangrijke factoren zijn voor re-integratie (Muraya & Fry, 2015). Daarbij kunnen stabiele huisvesting, sociale re-integratie, langdurige begeleiding en het vergroten van autonomie dienen als beschermende factoren (Viergever et al., 2019).

In de ogen van ervaringsdeskundigen ontbreekt in de aanpak echter vaak een positieve benadering waarin beschermende factoren versterkt worden (FG 2.3). Ook tijdens de behandeling (e.g., opname), voor de nazorg, zou bijvoorbeeld al ruimte gemaakt kunnen worden voor wat er goed gaat in het dagelijks leven (e.g., werk) (FG 2.3). Daarnaast hebben slachtoffers tijdens deze overgang behoefte aan iemand die ook 's avonds bereikbaar is, omdat slachtoffers dan alleen thuis zijn (FG 2.3).

Het systeem speelt daarnaast volgens professionals een rol in het doorbreken van intergenerationele overdracht (zie 5.1.2) en revictimisatie (FG 3.1). Het systeem kan bijvoorbeeld (onbewust) bijdragen aan victim blaming, second rape, (zie 5.2.2) of een affectief gat (FG 3.1). Bij eenzaamheid en een gebrek aan affectiviteit is een slachtoffer gevoeliger voor affectie en aandacht, ook wanneer hij of zij weet dat de interactie niet verstandig is (FG 3.1). Om de kans op herhaald slachtofferschap te verkleinen, moet het affectieve gat gevuld worden, moet een slachtoffer zich gezien en begrepen voelen, en moeten er gezonde seksuele grenzen aangeleerd worden (FG 3.1). Het systeem draagt hierin dus geen schuld, maar wel een verantwoordelijkheid (FG 3.1).

In de nazorg kan de begeleiding langzaam steeds dichter bij huis plaatsvinden vinden professionals (FG 2.2). Er wordt bijvoorbeeld iemand uit het netwerk betrokken die langdurig aanwezig blijft in het leven van het slachtoffer om te ondersteunen en monitoren (FG 2.2). Hierin kan het slachtoffer ook een stukje autonomie krijgen, omdat deze persoon niet altijd een ouder hoeft te zijn, maar ook een vriend, oom, tante, buurman of buurvrouw kan zijn (FG 2.2). De betrokkenheid van het netwerk kan ook opgenomen worden in het terugvalpreventieplan (FG 3.2). Volgens ervaringsdeskundigen krijgen slachtoffers vaak ambulante begeleiding (bijvoorbeeld geregeld via de WMO of een FACT-team), waarbij maatwerk en hulp met praktische zaken (zoals de wasgoed of opleiding) helpend zijn (FG 2.3).

6.4.3 Overgang 18- naar 18+ jaar

De overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg kan volgens professionals problemen opleveren in de hulpverlening en dus de nazorg, zelfs met verlengde jeugdzorg tot 23 jaar (FG 2.1). Slachtoffers kunnen hierdoor hun traject niet afronden, moeten hun verhaal opnieuw doen bij nieuwe hulpverleners, en verliezen soms hun motivatie om verder te gaan (FG 2.1). De overgang naar de zorgverzekeringswet brengt financieringsproblemen met zich mee (zie 6.1.8) (FG 2.1). Ook is nazorg lastiger te organiseren binnen de zorgverzekeringswet (FG 2.1). Volgens ervaringsdeskundigen ontvangen slachtoffers soms geen nazorg door wisselingen in behandelaren, het niet initiëren door de GGZ of een gebrek aan vergoeding (FG 2.3). Daarnaast starten instanties volgens professionals en ervaringsdeskundigen soms geen nieuwe zorgtrajecten vlak voordat slachtoffers 18 jaar worden, waardoor ze moeten wachten tot ze volwassen zijn (FG 2.1; FG 3.3). Als er daarna wel zorg geregeld is, worden ouders daar soms slecht in betrokken volgens professionals (FG 2.1). Dit alles speelt terwijl het voor

slachtoffers vaak al een grote drempel is om hulp te zoeken en het tijd heeft gekost om een vertrouwensband op te bouwen (FG 2.1). Juist in deze laatste fase is het van grote meerwaarde als hulpverleners blijven volhouden en het contact niet opgeven, omdat veel slachtoffers slechte ervaringen hebben met vertrouwen in mensen en het gevoel hebben gekregen dat ze er niet toe doen (zie 5.2.3 en 5.2.4) (FG 2.1).

6.5 Kennishiaten en vervolgonderzoek

6.5.1 Slachtofferadvocaat

Er is volgens professionals een tekort aan kennis over het effect van het vroegtijdig betrekken van een slachtofferadvocaat in contact bij de zedenpolitie (zie 6.2.14) (FG 1.1). Om dit te onderzoeken zouden er meer pilots kunnen worden uitgevoerd waarbij de ervaringen van slachtoffers en ouders geëvalueerd worden (FG 1.1). Het aangifteproces kan namelijk traumatisch zijn, en er mag meer aandacht zijn voor de positie als slachtoffer, waaronder het spreekrecht en het inzien van stukken (FG 1.1). Er zijn echter in de literatuur voorzichtige positieve aanwijzingen over slachtofferadvocatuur (Becx et al., 2023).

6.5.2 Kwaliteitscriteria voor professioneel handelen

Er is volgens professionals een tekort aan kennis over waarom professionals, ondanks goede intenties en kennis, onvoldoende zicht krijgen op waarom bepaalde slachtoffers herhaaldelijk slachtoffer worden (FG 1.1). Er zou onderzocht kunnen worden of onderbouwde kwaliteitscriteria voor professioneel handelen daadwerkelijk een positieve impact hebben op het kind in plaats van enkel te onderzoeken of protocollen goed geïmplementeerd worden (FG 1.1). Dergelijk onderzoek naar de impact van kwaliteitscriteria is nog niet gevonden.

6.5.3 Behandelvolgorde

Er is volgens professionals een tekort aan kennis over het bepalen van een behandelvolgorde in een traject, zoals de keuze tussen eerst traumaklachten of een verslaving behandelen (FG 2.1). Om dit te onderzoeken zouden verschillende behandelvolgordes vergeleken moeten worden op effectiviteit. Ook in de literatuur wordt gewezen op het belang van longitudinale follow-up om inzicht te krijgen in het optimale behandelmoment en het herstelverloop, zowel voor PTSS-symptomen als voor depressie, angst en seksuele problemen (Bicanic et al., 2014). Daarnaast wordt benadrukt dat toekomstig onderzoek naar vroege behandeling aandacht moet hebben voor dissociatie, aangezien dissociatie tijdens de eerste behandelsessie samenhangt met een verminderde behandelrespons en in eerder onderzoek naar voren komt als een sterke voorspeller van latere PTSS. Volgens de literatuur is er ook een tekort aan kennis over de optimale behandelvolgorde bij comorbide PTSS-klachten en middelenmisbruik, met name over de effectiviteit van trajecten waarin deze problematieken na elkaar worden behandeld in vergelijking met geïntegreerde behandelvormen (Roberts et al., 2023). Om hier duidelijkheid over te krijgen, is aanvullend onderzoek nodig waarin verschillende behandelvolgordes systematisch met elkaar worden vergeleken op effectiviteit.

6.5.4 Behandeling schuldgevoelens & negatief zelfbeeld

Er is volgens professionals een tekort aan kennis over het behandelen van schuldgevoelens en een negatief zelfbeeld als gevolg van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (FG 2.2). Onderzoek zou zich moeten richten

op de negatieve waardering die iemand aan zichzelf geeft in plaats van alleen op herbelevingen of de herinneringen, zoals momenteel vaak gebeurt bij de gegeven traumabehandeling (FG 2.2). Ook in dit literatuuronderzoek was beduidend meer informatie gevonden over de behandeling van PTSS-klachten en herinneringen dan schuldgevoelens en zelfbeeld (zie 6.2).

6.5.5 Behandeling psychosociale gevolgen en fysieke gevolgen

Er is volgens professionals een tekort aan kennis over hoe de link tussen psychosociale, waaronder relationele gevolgen (e.g., negatieve sociale interacties, zelfbeeld, etc.), en lichamelijke gevolgen (e.g., niet weten hoe om te gaan met je eigen lijf) behandeld moet worden (FG 2.2; FG 4). Onderzoek zou moeten uitwijzen of een standaardbehandeling zoals traumabehandeling daar voldoende effectief in is, of dat andere behandelingen zoals PMT effectiever zijn (FG 2.2) of SP effectiever zijn. Er ontbreekt met name methodologisch sterk onderzoek naar interventies die psychosociale en lichamelijke gevolgen als samenhangend geheel behandelen en waarvan de effectiviteit systematisch is onderzocht. Uit de literatuur blijkt ook een groot tekort naar lichamelijke klachten en de behandeling hiervan bij mannen. Hoewel onderzoek aantoont dat mannen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik of uitbuiting vaak aanzienlijke lichamelijke klachten ervaren, zoals bekkenbodemproblemen en pijn, is er vrijwel geen onderzoek beschikbaar naar effectieve behandelingen voor deze klachten (Van Den Hove & Lagro-Janssen, 2021). Interventies zoals fysiotherapie, die bij andere doelgroepen verbetering van pijn en seksuele functie laten zien, zijn nauwelijks onderzocht bij mannen met een geschiedenis van seksueel trauma (Gbiri & Akumabor, 2023). Dit vormt een belangrijk kennishiaat, aangezien deze doelgroep mogelijk baat zou kunnen hebben bij gerichte lichamelijke behandelingen om pijn en disfunctie te verminderen. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het ontwikkelen en evalueren van interventies die psychosociale en lichamelijke gevolgen in samenhang behandelen, om te bepalen of deze effectiever zijn dan bestaande behandelvormen die zich vaak op één van beide domeinen richten. Daarbij moet expliciet aandacht worden besteed aan lichamelijke klachten óók bij mannelijke slachtoffers.

6.5.6 Behandeling voor slachtoffers met LVB

Er is volgens professionals een tekort aan kennis over hoe de gevolgen van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik behandeld kunnen worden bij slachtoffers met een LVB (FG 2.2). Hoewel professionals een kennistekort ervaren in de behandeling van slachtoffers met een LVB, laat de literatuur zien dat er wel interventies zijn onderzocht, maar met beperkingen. Stobbe et al. (2021) beschrijven bijvoorbeeld dat veel behandelprogramma's een beroep doen op cognitieve en verbale vaardigheden, terwijl deze bij mensen met een LVB vaak beperkt zijn. In veel studies ontbreekt informatie over aanpassingen aan het leervermogen van deze doelgroep, zoals vereenvoudigd taalgebruik, visuele ondersteuning en herhaling. Desondanks is er voorzichtig bewijs dat traumagerichte behandelingen, zoals CGT en EMDR, ook bij mensen met een LVB toepasbaar kunnen zijn. Met name EMDR lijkt haalbaar en effectief in het verminderen van PTSS-klachten, al is onderzoek methodologisch complex en schaars. De auteurs benadrukken dat vanwege beperkingen in verbale verwerking een bottom-up benadering, zoals lichaams- en bewegingsgerichte interventies, mogelijk beter aansluit. Voor deze interventies ontbreekt echter specifiek effectonderzoek bij slachtoffers met een LVB. Tot slot richten bestaande studies zich vooral op PTSS-, angst- en stemmingsklachten, terwijl de gevolgen van seksueel misbruik bij mensen met een LVB breder zijn, zoals laag zelfbeeld, agressief gedrag en verminderde persoonlijke veiligheid. Hierdoor blijft

onduidelijk welke behandeling het meest effectief is voor deze doelgroep.

6.5.7 Psycho-educatie over normale lichamelijke gevoelens

Er is volgens professionals een tekort aan kennis over hoe hulpverleners psycho-educatie kunnen geven over de normale lichamelijke gevoelens en hoe hulpverleners binnen de reguliere-GGZ kunnen vragen naar lichamelijke klachten, zodat de samenwerking met andere disciplines in de behandeling bevorderd kan worden (FG 2.2). Onderzoek zou kunnen helpen bij het inventariseren van de grens tussen normale gevoelens en wanneer klachten als steken of tintels behandeld moeten worden (FG 2.2). Hier zou vervolgens een overzicht van gemaakt kunnen worden om in de behandelkamer te kunnen gebruiken (FG 2.2).

6.5.8 Naspelen traumatische gebeurtenissen

Er is volgens ervaringsdeskundigen een tekort aan onderzoek naar de impact van behandelingen waarin traumatische situaties worden nagespeeld, op mensen met een vroegkinderlijk trauma (FG 3.3). Alhoewel er onderzoek is dat positieve aanwijzingen laat zien voor de effectiviteit van psychodrama bij slachtoffers van seksueel misbruik, benadrukt ook deze literatuur dat er aanvullend onderzoek nodig is naar de effectiviteit van psychodrama en de rol-omkeer-techniek, specifiek voor slachtoffers van seksueel misbruik (Fávero et al., 2024).

6.5.8 Aanpassing in behandeling voor seksueel geweld en kinderen

Veel behandelingen zijn voornamelijk onderzocht bij volwassenen. Er is bijvoorbeeld onvoldoende duidelijkheid over de benodigde aanpassingen van EMDR specifiek voor seksueel misbruik en de dosering van EMDR in de kindertijd bij slachtoffers (Covers et al., 2021; Miles et al., 2024; Montoya & Saunt, 2024).

7. Resultaten: Periodieke check-ups

7.1 Voorlopers van de periodieke check-ups

7.1.1 Medische check-ups

Periodieke check-ups (ook wel follow-ups of monitoring genoemd) zijn geen nieuw fenomeen (Boute et al., 2025; FG 3.1; FG 3.3). In de medische wereld worden deze namelijk al ingezet, bijvoorbeeld bij prematuren en kinderen met ernstige, chronische of levensbedreigende ziektes (zoals leukemie, kanker en auto-immuunziektes) (Boute et al., 2025; FG 3.1; FG 3.3). Bij hen is het gebruikelijk om ze (en hun gezinsleden) na de behandeling periodiek terug te laten komen om bij een multidisciplinair team te kijken naar verschillende domeinen van de ontwikkeling (FG 3.1; FG 3.3). In de medische oncologie bestaat een follow-up na behandeling bijvoorbeeld uit geplande, periodieke controles, zoals ziekenhuisbezoeken, diagnostische testen en monitoring van klachten, doorgaans gedurende meerdere jaren (Galjart et al., 2022; Boute et al., 2025). Medische check-ups worden bij deze kinderen ingezet omdat uit de wetenschap bekend is dat ze risico lopen op de korte en lange termijn (FG 3.1; FG 3.3). Dit laatste is echter volgens professionals ook van toepassing op slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik, die opgroeien met onveiligheid (FG 3.1). Gezien de risico's, is het primaire doel van medische, oncologische follow-ups het vroegtijdig detecteren van recidieven, omdat vroege signalering volgens onderzoek samenhangt met een grotere kans op behandelopties met curatieve intentie (Boute et al., 2025). Patiënten die minder follow-up ontvangen, blijken vaker pas hulp te krijgen nadat klachten zijn ontstaan of teruggekomen en hebben daardoor minder behandelopties (Boute et al., 2025). Follow-ups resulteerde bovendien in betere detectie van recidiven die door de patiënt zelf onopgemerkt blijven (i.e., asymptomatisch) (Boute et al., 2025). Daarnaast beschrijft de literatuur dat de follow-up niet uitsluitend gericht is op medische uitkomsten, maar ook wordt gebruikt voor het monitoren van langetermijneffecten, het signaleren van psychosociale behoeften en het bieden van continuïteit van zorg (Galjart et al., 2022).

7.1.2 Behandelmethoden met boostersessies

Daarnaast bestaan er volgens professionals ook al behandelmethoden met inbegrepen 'boostersessies' (FG 3.2). Een voorbeeld hiervan is cognitieve gedragstherapie (CGT) met boostersessies. Onderzoek laat zien dat deze boostersessies niet standaard worden toegepast, maar dat CGT met boostersessies bij kinderen en adolescenten met angst- en stemmingsstoornissen leidt tot betere en duurzamere behandelresultaten dan CGT zonder boostersessies (Gearing et al., 2013).

7.1.3 Informele check-ups

Periodieke check-ups vinden momenteel vaak op een informele manier plaats (FG 3.2). Hulpverleners vragen soms toestemming aan slachtoffers om op een later moment contact op te nemen om te informeren hoe het gaat (FG 2.1; FG 2.2). Hulpverleners spreken soms ook van tevoren af dat een slachtoffer zelf belt na een bepaalde tijd, omdat contactgegevens vaak verwijderd moeten worden na een behandeling (FG 3.2). Echter gebeurt het ook regelmatig dat slachtoffers uit zichzelf contact opnemen of dat ouders het telefoonnummer van de hulpverlener bewaren om jaren later opnieuw contact op te nemen (FG 3.2). Volgens ervaringsdeskundigen krijgen niet alle slachtoffers een dergelijke informele check-up na bijvoorbeeld een jaar via een berichtje of belletje door de behandelaar (FG 3.3). Sommige slachtoffers vinden het echter lastig om uit zichzelf te bellen (FG

3.3; FG 4). Voor andere slachtoffers past deze informele check-up niet bij hun behoeften, omdat deze niet het idee geeft dat de behandelaar een goed beeld heeft van hoe het met het hen gaat (FG 3.3). Bovendien is de uitvoering van deze informele check-ups onvoorspelbaar, omdat sommige behandelaren dit wel doen en anderen niet (FG 4). Dit voldoet niet aan de behoefte van houvast (i.e., een plek waarop je kan terugvallen).

7.2 Periodieke check-ups: huidige uitvoering en toekomstwensen

Slechts een beperkt aantal organisaties voeren op dit moment formele periodieke check-ups uit, omdat dit niet is ingebed in de Jeugdwet (FG 3.1; FG 3.2). Een organisatie die al wel formele periodieke check-ups uitvoert is het Centrum Seksueel Geweld (CSG) dat gevestigd is in verschillende ziekenhuizen (FG 3.1).

7.2.1 Bij wie checken?

Periodieke check-ups zouden wat professionals en ervaringsdeskundigen betreft idealiter standaard aangeboden moeten worden als een vast onderdeel van de nazorg, maar moet wel op vrijwillige basis gebeuren (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3; FG 4). De periodieke check-up zou aanbodgericht en outreachend moeten zijn, wat betekent dat er alvast één of meerdere afspraken worden ingepland, maar dat het slachtoffer die altijd mag afzeggen (FG 3.2; FG 3.3; FG 4). Dit verlaagt de drempel en voorkomt dat slachtoffers zelf actief hulp moeten zoeken, wat voor hen erg moeilijk kan zijn, op momenten dat klachten opnieuw opspelen (FG 3.2; FG 4). Ook voorkomt een vrijwillige periodieke check-up dat een slachtoffer de afspraak gaat zien als een 'moetje', waar ze zo snel mogelijk doorheen willen en waarbij ze hun klachten gaan maskeren (FG 4). Ervaringsdeskundigen benadrukken ook dat de manier waarop zij benaderd worden voor het herinneren aan of bevestigen van de periodieke check-up, bepaald of het triggerend is (FG 4). Zo zou een fysieke vorm (e.g., brief) triggerend kunnen zijn (bijvoorbeeld vanwege de angst dat iemand anders de post opent), waar een digitale vorm (e.g., bellen) dat niet zou zijn. Professionals geven aan dat als de (herinnering aan de) periodieke check-up triggerend is, dat dit kan duiden op de noodzaak voor aanvullende hulp (FG 4).

De ervaring (van CSG) bij het op deze manier uitvoeren van periodieke check-ups is momenteel dat slachtoffers en diens ouders het vaak prettig vinden (FG 3.1; zie 7.4). Mochten slachtoffers het toch afwijzen, dan vertellen de behandelaren wel over de mogelijke gevolgen daarvan en dat de check-up als doel heeft ondersteuning te bieden op een moment dat je er zelf misschien niet om zou vragen (FG 3.1). Afwijzen zal naar waarschijnlijkheid voorkomen bij een moeizamer verloop van een traject, omdat uit de praktijk blijkt dat deze slachtoffers minder vaak terugkeren bijvoorbeeld door weerstand tegen de hulpverlening (FG 3.1).

Het aanbieden van een periodieke check-up is volgens professionals met name van belang bij groepen waarvan op basis van wetenschap en klinische ervaring bekend is dat ze risico lopen op revictimisatie, een terugval in klachten of het ontwikkelen van nieuwe klachten, en daarom dus opnieuw hulp nodig hebben (FG 3.1; FG 3.2). Dit is ook hoe het aanbieden werkt bij de huidige uitvoering van periodieke check-ups, zoals bij het CSG (FG 3.1). Risicofactoren voor revictimisatie na seksueel misbruik die uit onderzoek bekend zijn, zijn onder andere: risicovol seksueel gedrag (waaronder het hebben van een groot aantal seksuele partners), de aanwezigheid van een andere vorm van kindermishandeling,PTSS, emotieregulatieproblemen, maladaptieve copingstrategieën (zoals alcohol of middelengebruik), negatieve reacties op onthullingen, slechte relatie met ouders (waaronder

het niet wonen met beide ouders (Bicanic et al., 2014), en etnische minderheden (Scoglio et al., 2021). Deze risicofactoren komen bovendien vaker voor bij bepaalde groepen, die daardoor een verhoogde kwetsbaarheid voor revictimisatie laten zien. Zo lopen slachtoffers die op jonge leeftijd (voor het 12e levensjaar) seksueel misbruik hebben meegemaakt een verhoogd risico op latere revictimisatie (Papalia et al., 2021). Daarnaast hangen verschillen in risico samen met geslacht en type victimisatie: vrouwen lopen met name een verhoogd risico op seksuele revictimisatie. De periodieke check-ups zouden volgens professionals passend zijn bij complexe casuïstiek met klachten op meerdere levensgebieden (FG 3.2). Voorbeelden van situaties waarin de periodieke check-ups passend zouden zijn, zijn incestzaken, lopende rechtszaken (e.g., bij gebruik van spreekrecht), en plegers die vast hebben gezeten en vrijkomen (FG 3.1; FG 3.2). Daarnaast zijn periodieke check-ups vaak passend bij jongens, kinderen in grote of samengestelde gezinnen, gezinnen met ouders die zelf getraumatiseerd zijn of het moeilijk vinden om met de situatie om te gaan, slachtoffers die al herhaald slachtoffer zijn geweest, slachtoffers met een verstandelijke beperking, en verminderd toezicht (FG 3.1). Omdat veel van deze risicovolle situaties, zoals incest, impact hebben op de gehele familie (FG 3.1; FG 3.2), zouden de periodieke check-ups ook systeemgericht moeten zijn (zie 6.1.4 & 6.4.2) (FG 3.1). Ervaringsdeskundigen bevestigen dat slachtoffers soms (zelfs met nazorg) nog last hebben van overblijvende klachten, terugkerende klachten of nieuwe klachten, dat ze vaak levenslang op veel levensgebieden klachten ervaren, en dat ze soms opnieuw slachtoffer worden (FG 3.3). Professionals van Expertisebureau Lifeline en CSG geven daarnaast aan dat in de praktijk veel slachtoffers tijdens een check-up aangeven dat er weer iets gebeurd is, dat ze nog/weer klachten te hebben en/of aanvullende hulp nodig hebben, bijvoorbeeld vanwege een eetstoornis of automutilatie (FG 3.1). Bij Expertisebureau Lifeline gaat het hier om ongeveer de helft van de slachtoffers. Om die reden hebben jongeren behoefte aan de zekerheid op terugstroomgarantie, door zorgverleners de ruimte te geven voor periodieke contactmomenten na de afloop van zorg, waarbij ze snel opnieuw hulp krijgen als het nodig is (NJR, 2025).

Periodieke check-ups vragen om maatwerk volgens professionals en ervaringsdeskundigen en zullen niet in alle gevallen noodzakelijk zijn (FG 3.2; FG 3.3). Wanneer een hulpverleningstraject bij een minder complexe casus positief is afgerond en er geen signalen zijn van verhoogd risico op terugval, kan het volgens professionals voldoende zijn om in de nazorg een terugvalpreventieplan en netwerk te versterken (zie 6.4) (FG 3.2). In dergelijke situaties is het in de ogen van sommige professionals belangrijk dat hulpverleners vertrouwen uitstralen in het vermogen van het slachtoffer om op eigen kracht verder te gaan (FG 3.2). Het doel van hulpverlening is immers om zichzelf overbodig te maken (FG 3.2). Ervaringsdeskundigen erkennen dat het doel van de zorg is dat slachtoffers het uiteindelijk op eigen kracht kunnen, maar benadrukken tegelijkertijd dat het verlies van deze veiligheid en houvast die met deze overgang gepaard gaat zorgt voor veel angst en een gevoel van eenzaamheid of in de steek gelaten worden (zie 7.4.3) (FG 3.3).

7.2.2 Wanneer, hoe lang en hoe vaak checken?

Het moment, de duur en frequentie van periodieke check-ups vraagt volgens professionals en ervaringsdeskundigen om maatwerk (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Verwerking is namelijk geen lineair proces, maar verloopt met vallen en opstaan (FG 3.1; FG 4). Ook onderzoek bevestigd dat het herstelproces dynamisch is (Hutschenmaekers et al., 2019). De kans op een terugval is volgens ervaringsdeskundigen en onderzoek in het begin hoger, omdat dat de eerste keer is dat ze proberen hun leven weer op te pakken (FG 3.3) (Meshkovska et

al., 2021; Viergever et al., 2019). De behoeften en klachten van slachtoffers kunnen volgens professionals en ervaringsdeskundigen echter veranderen afhankelijk van de leeftijd en levensfase (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3; FG 4). Onder andere door herevaluatie kunnen nieuwe klachten of hulpvragen ontstaan (zie 5.1.3) (FG 1.1; FG 3.1; FG 3.2), maar ook nieuwe levensfasen kunnen zorgen voor een terugval (FG 3.3; FG 4). Voorbeelden hiervan zijn het even kort willen sparren bij het opnieuw aangaan van contact met de pleger (FG 3.2), bij het krijgen van kinderen en bij het aangaan van nieuwe relaties (FG 3.3; FG 4).

Periodieke check-ups zouden volgens professionals en ervaringsdeskundigen eens per jaar of half jaar passend zijn, vergelijkbaar met de huidige uitvoering door het CSG en de medische check-ups (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Een alternatief, waar ervaringsdeskundigen de voorkeur aan geven, is om periodieke check-ups in de toekomst in te richten met oplopende intervallen, waarbij de tijd tussen check-ups geleidelijk toeneemt wanneer blijkt dat het goed gaat met een slachtoffer en de frequentie weer omhoog gaat in moeilijkere periodes (FG 3.2; FG 3.3). Bijvoorbeeld startende met een check-up na drie maanden, gevolgd door zes maanden, en zo voorts (FG 3.2). Ook in bestaande medische protocollen zie je een oplopende frequentie (Centrum Seksueel Geweld, 2021). Een slachtoffer kan zelf aangeven aan welke frequentie hij of zij in die fase behoefte heeft (FG 3.3). Deze check-ups hoeven volgens professionals en ervaringsdeskundigen niet altijd lang te duren, omdat in sommige gevallen extra hulp onnodig zal blijken en enkele tips volstaan (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Voor de slachtoffers voor wie monitoring nodig blijft, zou deze aangeboden moeten worden tot en met 18 jaar, met de mogelijkheid tot verlening tot en met 25 jaar vinden professionals (FG 3.1). Hoe de zorg momenteel ingericht is zou langdurige monitoring mogelijk niet altijd haalbaar zijn, en ligt er ook een signalerende rol bij ouders, scholen en andere betrokkenen (FG 3.2). De toekomstige inrichting van de hulpverlening speelt daarom een rol in de haalbaarheid van periodieke check-ups (FG 3.2). Ervaringsdeskundigen vinden echter dat de periodieke check-ups levenslang zouden moeten worden uitgevoerd, omdat de gevolgen die zij ervaren ook levenslang zijn en zij opnieuw slachtoffer kunnen worden (FG 3.3).

Ervaringsdeskundigen achten het risico op overmatig gebruik van het behouden van contact en hospitalisering klein, omdat het korte contact erg helpend en geruststellend kan zijn, ze in de praktijk al niet overmatig gebruik maken van het aanbod contact op te nemen, en er duidelijke verwachtingen zijn en afspraken gemaakt kunnen worden bij het afronden van het traject (FG 3.3). Bovendien verwachten ze dat het risico enkel groot zou zijn als te veel zaken van het slachtoffer worden overgenomen, waardoor er een afhankelijkheid ontstaat (FG 3.3). Bij de periodieke check-up zou dit niet het geval zijn (FG 3.3). Mocht een slachtoffer bijvoorbeeld toch wekelijks contact opnemen, dan zou transparant besproken kunnen worden dat er misschien een vastere vorm van hulp nodig is (FG 3.3).

7.2.3 Wat checken?

Tijdens periodieke check-ups zouden volgens professionals en ervaringsdeskundigen verschillende domeinen van de ontwikkeling van het slachtoffer gemonitord moeten worden, waaronder de lichamelijke, sociale, emotionele, psychische, seksuele, cognitieve ontwikkeling (zie hoofdstuk 5) (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Er zal dus gekeken moeten worden naar alle belangrijke levensgebieden in het dagelijks leven bijvoorbeeld op school en thuis in het gezin (FG 3.1). Dit zal in de ogen van professionals gedaan moeten worden via een gestandaardiseerde procedure, waarbij een slachtoffer bijvoorbeeld na een bepaalde periode een mailtje met vragenlijst krijgt en er

een afspraak wordt ingepland (FG 3.2). Een voorbeeld van een zelfrapportage vragenlijst met goede psychometrische eigenschappen is de Child Posttraumatic Cognitions Inventory (CPTCI) die inzicht geeft in (veranderingen over tijd in) trauma gerelateerde cognities bij kinderen en adolescenten met enkelvoudige of meervoudige traumatisering (Diehle et al., 2015). De CPTCI meet negatieve overtuigingen over zichzelf en de wereld, zoals gevoelens van blijvende beschadiging, een negatief zelfbeeld, wantrouwen tegenover anderen en een aanhoudend gevoel van onveiligheid, die beschreven worden als mogelijke gevolgen van seksueel misbruik (zie 5.2.1, 5.2.3 & 5.2.4).

Ten eerste zal er in periodieke check-ups volgens professionals gepeild moeten worden wat de status is van het verwerkingsproces en hoe een slachtoffer nu tegen de herinnering aankijkt (FG 3.1; FG 3.2). Het CSG doet dit momenteel via vragen als: 'Hoe vind je dat het nu gaat met jou in relatie tot misbruik?', 'Hoe kijk je er nu op terug?', 'Hoe denk je er nu over?' en 'Hoe praat je er nu over?' (FG 3.1).

Ten tweede zal er tijdens periodieke check-ups volgens professionals en ervaringsdeskundigen gescreend moeten worden op de status van eerder ervaren klachten en eventueel nieuw ontwikkelde klachten (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Betreffende psychosociale klachten, moet er gevraagd worden naar onder andere vermijding, stemming, psychotrauma (e.g., triggers), angst, zelfbeeld, sociaal risicogedrag, seksuele ontwikkeling, identiteitsontwikkeling, relaties, intimiteit en vriendschap (FG 3.1; FG 3.2). Betreffende lichamelijke klachten, moet er gevraagd worden naar onder andere slapen, eten, vermoeidheid, spanning in het lijf (e.g., bekkenbodemspier), bloeddruk, (stress)hormonen, gewicht, lengte, puberteit ontwikkeling, menstruatie, en ontlasting (FG 3.1; FG 3.2). Vragen als 'Hoe gaat het?', 'Wat voel je?', 'Welke gedachten komen er naar boven?' kunnen hier volgens ervaringsdeskundigen helpend bij zijn (FG 3.3). Het is voor slachtoffers ook belangrijk dat er niet alleen naar diagnoses gevraagd wordt, maar ook naar hoe het psychotrauma tot uiting komt op psychosociaal en lichamelijk gebied (FG 3.3). Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor het dagelijks leven en praktische zaken (met vragen als 'Waar loop je tegenaan?'), waaronder het aangaan van gezonde relaties, ouderschap, financiën en werk, omdat ze veel van deze dingen zelf niet goed geleerd hebben als kind (FG 3.3). Zo breed als deze screening beschreven wordt, komt in follow-ups in onderzoek ook weinig voor. Er wordt daarin bijvoorbeeld gescreend op PTSS symptomen (Hutschenmaekers et al., 2019).

Ten derde zal er tijdens de periodieke check-ups volgens professionals ook aandacht besteed moeten worden aan de ontwikkelingen rondom het misbruik of de uitbuiting, zoals een rechtszaak en het contact met de pleger (FG 3.1; FG 3.2). Het CSG doet nu via vragen als: 'Is het nog een keer gebeurd?', 'Hoe is je contact met de pleger?' en 'Zijn er ontwikkelingen wat betreft de rechtszaak?' (FG 3.1).

Ten vierde is het volgens professionals belangrijk dat er tijdens een periodieke check-up gevraagd zal worden of slachtoffers zelf ook een pleger zijn (FG 3.1). De seksuele grenzen zijn bij slachtoffers namelijk soms vervaagd waardoor ze niet goed weten wat gezond of ongezond gedrag is, en daardoor mogelijk onbewust de seksuele grenzen van anderen overgaan (FG 3.1). Het CSG stelt momenteel dan ook een vraag zoals: 'Ben jij bij iemand over de grens gegaan?' (FG 3.1).

Tot slot zou er tijdens periodieke check-ups volgens professionals en ervaringsdeskundigen ook gevraagd

moeten worden naar de ondersteuning die het slachtoffer krijgt en waar ze nog behoefte aan hebben (FG 3.1; FG 3.3). De misvatting dat het verwerkingsproces is afgerond na het krijgen van een behandeling in de GGZ, kan er volgens professionals namelijk voor zorgen dat steun vanuit de omgeving bijvoorbeeld maar van korte duur is (FG 3.1). Het CSG stelt daarom momenteel vragen als: 'Krijg je steun uit je omgeving?' en 'Heb je behoefte aan contact met een psycholoog, een arts, de politie, een advocaat, of het schadefonds?' (FG 3.1). Ervaringsdeskundigen geven een brede vraag als voorbeeld: 'Zijn er nog dingen waar je behoefte aan hebt?' (FG 3.3).

De inhoud van de periodieke check-up is dus gericht op het heden en de toekomst. Als er te veel gefocust wordt op de gebeurtenis (i.e., steeds opnieuw vertellen wat er gebeurd is), kan dit volgens ervaringsdeskundigen ervoor zorgen dat een slachtoffer te veel in het verleden blijft hangen (FG 4). Om dit te voorkomen zal er dus gevraagd moeten worden naar de huidige situatie en klachten en hoe dat eventueel nog verbeterd kan worden.

7.2.4 Door wie checken?

De uitvoerder van de periodieke check-up zal aan verschillende voorwaarden moeten voldoen. Ten eerste is het volgens onderzoek, professionals en ervaringsdeskundigen belangrijk dat het slachtoffer een goede werkrelatie, en dus vertrouwensband heeft met de uitvoerder van de periodieke check-up (zie 6.1.3) (FG 3.1; FG 3.3; FG 4) (Meshkovska et al., 2021). Daarom is het optimaal als de uitvoerder van de periodieke check-up een al bekende hulpverlener is van het slachtoffer, zodat het slachtoffer zijn of haar hele verhaal niet opnieuw hoeft uit te leggen en zij opener durven te zijn (FG 3.2; FG 4). Het steeds opnieuw moeten vertellen van de gebeurtenis zou er volgens ervaringsdeskundigen voor kunnen zorgen dat een slachtoffer te veel in het verleden blijft hangen, dus de uitvoerder zou bekend moeten zijn met de geschiedenis (FG 4). Dit zou bovendien tijd besparen (FG 3.3). Uit de huidige uitvoering van check-ups, door het CSG, blijkt al dat slachtoffers door de bestaande werkrelatie open zijn over dat wat er gebeurd of niet goed gaat (FG 3.1). Het zou in de ogen van professionals en ervaringsdeskundigen daarnaast gunstig zijn als het slachtoffer bij terugkeer van eenzelfde hulpverlener niet opnieuw op de wachtlijst belandt (FG 2.1; FG 4). Bovendien zou het vanwege privacywetgeving lastig zijn de periodieke check-ups door verwijzers, zoals huisartsen of gemeentes, uit te laten voeren (FG 3.2). Ervaringsdeskundigen geven echter aan dat als een bekende hulpverlener niet mogelijk is, dat er ook een warme overdracht zou kunnen plaatsvinden naar een ander centraal aanspreekpunt (e.g., een onderdeel van het CSG), mits er daar een goede klik is met de uitvoerder (FG 4).

Een tweede benodigde eigenschap van de uitvoerders van periodieke check-ups is volgens professionals en ervaringsdeskundigen dat ze expertise hebben op het gebied van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik en goed geïnformeerd zijn over de achtergrond van de periodieke check-up (FG 3.1; FG 3.3). Ook benadrukken ze dat, zonder de juiste kennis, professionals de signalen van klachten niet goed kunnen oppikken bij slachtoffers, waarmee er voorbij gegaan zou worden aan het doel van de periodieke check-up (FG 4). Volgens onderzoek is expertise ook belangrijk, omdat een laag bewustzijn of onvoldoende kennis bij hulpverleners over de gevolgen van seksueel misbruik het risico vergroot dat meldingen worden afgewezen of genegeerd (Rajan et al., 2021). Sommige slachtoffers hebben zelfs in hun traject nog nooit met een specialist op dit gebied gesproken (FG 3.3). De periodieke check-up kan dus niet door elke willekeurige kinderarts, huisarts of wijkteammedewerker uitgevoerd worden (FG 3.1; FG 4). In onderzoek wordt wel aangegeven dat de uitvoerder contact zou kunnen

onderhouden met de huisarts van het slachtoffer (Hutschenmaekers et al., 2019). Ervaringsdeskundigen geven de voorkeur aan een plek met expertise zoals het Centrum Seksueel Geweld (FG 4).

Tot slot heeft een multidisciplinair team of multidisciplinaire samenwerking de voorkeur van professionals en ervaringsdeskundigen, zodat het gemakkelijker is hulp te vragen, verschillende ontwikkelingsdomeinen te monitoren, informatie te delen tussen hulpverleners, medische verklaringen voor klachten uit te sluiten (e.g., testen op schildklierproblemen bij vermoeidheid via bloedonderzoek), en slachtoffers snel door te verwijzen mocht een behandeling op medisch vlak nodig blijken (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Bij dergelijke samenwerkingen zullen er volgens professionals duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over wie de regie behoudt (FG 3.2). Momenteel is het binnen de jeugd GGZ minder gebruikelijk om te vragen naar lichamelijke klachten zoals op het gebied van ontlasting (FG 3.1) en worden behandelingen op medisch vlak uitbesteedt aan bijvoorbeeld de GGD (FG 3.2). Binnen ziekenhuissettingen, zoals bij het CSG, is multidisciplinair werken momenteel eenvoudiger dan binnen de reguliere GGZ, mede doordat samenwerking met bijvoorbeeld kinderartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen daar al ingebed is (FG 3.1). Buiten deze context blijkt het verkrijgen van een verwijzing via de huisarts vaak moeizaam, wat multidisciplinaire samenwerking in de praktijk belemmert (FG 3.1). Ervaringsdeskundigen geven als voorkeur één plek/gebouw waar slachtoffers (bijvoorbeeld m.b.v. een verwijzing door de huisarts of warme overdracht door de behandelaar) naartoe kunnen (e.g., een kenniscentrum of ziekenhuis) waar een multidisciplinair team aanwezig is dat alle verschillende klachten aan kan pakken (FG 3.3; FG 4). Het team zou kunnen bestaan uit onder andere een seksuoloog, gynaecoloog, relatietherapeut, traumabehandelaar, jobcoach, uitkeringsdeskundige, slachtofferhulp en politie (voor ondersteuning bij een aangifte) (FG 3.3; FG 4). Slachtoffers zouden hier naartoe kunnen ongeacht hoe lang geleden de gebeurtenis heeft plaatsgevonden (FG 3.3). Een dergelijke fysieke locatie (naast eventueel een website) zou ervoor zorgen dat slachtoffers niet meer het gevoel hebben dat ze hun eigen regiebehandelaar moeten zijn (FG 3.3). Het belangrijkste is dat het centrale aanspreekpunt een voorspelbare uitvoering kan bieden (e.g., goede bereikbaarheid, verspreid over het hele land en laagdrempelige toegang zonder wachtlijst), zodat het een gevoel van gehoord worden, gezien worden en houvast kan geven (FG 4). Bij follow-ups in onderzoek wordt ook een fysieke locatie (centrum) gekozen, alhoewel er ook door het slachtoffer gekozen kan worden voor een telefoongesprek, en voert de casemanager de monitoring uit (Hutschenmaekers et al., 2019).

Ervaringsdeskundigen zouden betrokken kunnen worden in de uitvoering van periodieke check-ups, mits zij zelf hun eigen ervaring verwerkt hebben (zodat ze andere slachtoffers niet belasten), geregistreerd (i.e., opgeleid/getraind) zijn én er een professional bij is (FG 4). Echter zou een groep ervaringsdeskundigen of lotgenoten voor sommige slachtoffers een te hoge drempel kunnen vormen.

7.3 Randvoorwaarden

7.3.1 Privacywetgeving

Periodieke check-ups moeten volgens professionals en ervaringsdeskundigen verantwoord uitgevoerd kunnen worden binnen de kaders van de privacywetgeving, waaronder de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Dit vraagt volgens professionals om expliciete toestemming van het slachtoffer (of diens ouders/verzorgers) voor het bewaren van contactgegevens (FG 2.1; FG 3.2) en het eventueel multidisciplinair delen van informatie (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Toelichting over het doel en de werkwijze van

een multidisciplinaire aanpak is hierbij essentieel (FG 3.1). Daarnaast is het belangrijk dat organisaties werkbare systemen en afspraken maken over gegevensbeheer, zodat professionals binnen de juridische kaders contact kunnen onderhouden met slachtoffers en gegevens kunnen delen (FG 3.2; FG 3.3).

7.3.2 Financiën

Om periodieke check-ups structureel mogelijk te maken, is het volgens professionals en ervaringsdeskundigen noodzakelijk dat het financieringssysteem hierop wordt ingericht en er voldoende middelen beschikbaar worden gemaakt (FG 2.1; FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Dit vraagt in de ogen van professionals om de inrichting van een aparte diagnose-behandelcombinatie (DBC) specifiek voor periodieke check-ups, zodat deze losstaat van een lopende behandeling of actieve diagnose (FG 3.1). Hierdoor wordt het mogelijk om ook na afronding van een behandeling contactmomenten te bekostigen, ongeacht of er op dat moment een formele diagnose is (FG 3.1). Door het sinds 2022 nieuwe systeem 'zorgprestatiemodel (ZPM) wordt een deel van de belemmeringen al weggenomen, omdat de zorg niet meer per traject maar per consult (i.e., prestatie) wordt vergoed (Zorgprestatiemodel, 2026). Daarnaast is het belangrijk dat er heldere afspraken komen over het (tijdelijk) openhouden of heropenen van dossiers, zodat professionals op een juridisch verantwoorde manier contact kunnen opnemen voor de periodieke check-up (FG 3.2; FG 3.3). Hiervoor is landelijke afstemming nodig, zodat regionale (e.g., tussen gemeentes) verschillen in beschikkingen en contractafspraken worden voorkomen (FG 3.2) en er bijvoorbeeld geen belemmering is door de productieplafonds van ziekenhuizen (FG 3.1). Daarnaast moet de financiering niet stoppen bij 18 jaar, maar moet er een verlengde beschikking of doorlopende financiering mogelijk worden, wat nu soms mogelijk is via specifieke gemeentelijke regelingen (FG 2.1; FG 3.2). Investeren in periodieke check-ups kan op de lange termijn kosten besparen volgens professionals en ervaringsdeskundigen, door de preventieve werking (zie 7.4.1), de tijdsbesparing (zie 7.4.2), de eerste lijn die niet extra belast wordt en het vertrouwen dat de periodieke check-up slachtoffers geeft om zelfstandig te oefenen (zie 7.4.3) (FG 3.1).

7.3.3 Personeelscapaciteit

Om periodieke check-ups uit te kunnen voeren moeten er volgens professionals ook voldoende hulpverleners beschikbaar zijn met de juiste expertise (FG 3.1; FG 3.2). Op dit moment is er sprake van lange wachtlijsten en een tekort aan gespecialiseerde hulpverleners, waardoor de capaciteit beperkt is (FG 3.1; FG 3.2). Deze tekorten zijn onder andere te verklaren doordat de vraag sneller stijgt dan het aanbod en de werkdruk en uitval in de zorg groot is (Ministerie van VWS, 2022). Naar verwachting zullen de periodieke check-ups echter niet veel tijd kosten (zie 7.2.2 en 7.4.2) (FG 3.2). Desondanks moeten er zorgvuldige afspraken gemaakt worden over het doel van de periodieke check-ups, en hoe vervolg gegeven kan worden aan eventuele nieuwe hulpvragen (FG 3.2). Dit laatste heeft namelijk invloed op de caseload van professionals (FG 3.2). Op plekken waar al multidisciplinaire samenwerking bestaat (zie 7.2.4), zou de uitvoering van periodieke check-ups mogelijk efficiënter kunnen worden uitgevoerd (FG 3.2). De uiteindelijke wens is om de zorg te ontschotten (FG 2.1).

7.3.4 Draagvlak

Tot slot moet er volgens professionals voldoende draagvlak voor, of consensus over de periodieke check-ups zijn. Vijf jaar geleden, in 2020, heeft Iva Bicanic van het Centrum Seksueel Geweld (CSG) al een rondvraag

gedaan naar het draagvlak (zie Bijlage 11). In totaal hebben toen 43 professionals van 38 organisaties aangegeven achter de periodieke check-ups te staan.

7.4 Meerwaarde

7.4.1 Terugvalpreventie

De periodieke check-up heeft een belangrijke (secundaire) preventieve functie in de ogen van professionals en ervaringsdeskundigen (FG 2.2; FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Door op afgesproken tijden contact te houden, kunnen signalen van terugval of nieuwe klachten laagdrempelig en vroegtijdig worden opgemerkt, waardoor tijdig passende hulp kan worden geboden en nieuwe langdurige of intensieve trajecten mogelijk voorkomen kunnen worden (FG 3.1; FG 3.3). Slachtoffers herkennen volgens professionals zelf niet altijd de risico's of signalen van terugval, waardoor een periodieke check-up kan voorkomen dat klachten verergeren of dat iemand opnieuw in een diep dal belandt (FG 3.1). Naast psychosociale klachten, kunnen lichamelijke klachten, zoals een verhoogd risico op hart- en vaatziekten door toxische stress, zo mogelijk eerder worden gesignaleerd en aangepakt (FG 3.1). Het CSG ervaart bij het uitvoeren van hun periodieke check-ups al dat deze contactmomenten het gemakkelijker maken om tijdig aanvullende ondersteuning kunnen organiseren, bijvoorbeeld door zorg opnieuw aan te bieden of andere hulp in te schakelen zoals via een kinderarts (FG 3.1). Bovendien denken ervaringsdeskundigen dat slachtoffers met een periodieke check-up minder snel een terugval te hebben, onder andere door het aanleren van nieuwe normen en het hebben van een vangnet, en dat dit uiteindelijk het zorgsysteem zou kunnen ontlasten (FG 3.3).

7.4.2 Tijdsbesparing

Periodieke check-ups besparen tijd voor zowel het slachtoffer als de professional (FG 3.1; FG 3.2). Dit komt volgens professionals en ervaringsdeskundigen doordat er al sprake is van een vertrouwensband en de voorgeschiedenis al bekend is bij de hulpverlener (FG 3.2; FG 3.3). Dit maakt het laagdrempeliger voor slachtoffers om opnieuw hulp te zoeken en om open te zijn over diens klachten en ervaringen (FG 2.2; FG 3.1; FG 4). Het CSG ervaart bij het uitvoeren van periodieke check-ups dat cliënten tijdens deze contactmomenten door de bestaande werkrelatie open zijn en niet alleen positieve ervaringen delen, maar ook moeilijke en zorgwekkende situaties bespreken (FG 3.1). Ook het informeren over mogelijke gevolgen op lange termijn kan drempelverlagend werken (FG 3.1). Slachtoffers hebben volgens het CSG vaak te maken met meerdere vormen van trauma en deze terugkerende contactmomenten bieden dan een veilige context waarin ook verborgen of later ontstane problemen bespreekbaar kunnen worden (FG 3.1).

Deze openheid maakt het mogelijk om sneller en efficiënter in te spelen op nieuwe grote of kleine hulpvragen (zie 7.4.1), zonder wachtlijsten of het opnieuw opstarten van een langdurig intakeproces of heel nieuw behandeltraject (FG 3.1; .FG 3.2; FG 3.3; FG 4). In dergelijke gevallen kan korte hulp (e.g., meedenken, sparren, een gesprek, handvatten, etc.) volstaan (FG 3.3; FG 4). Het vraagt dus minder tijd dan een nieuwe aanmelding en geeft daardoor minder druk op een caseload (FG 3.2) en is minder vermoeiend voor slachtoffers (FG 3.1; FG 3.3). De periodieke check-up zou door de preventieve werking en tijdsbesparing ook geld besparen voor het slachtoffer en de zorg (FG 3.3).

7.4.3 Overgang, erkenning en empowerment

Het belangrijkste punt van meerwaarde van de periodieke check-up zit voor ervaringsdeskundigen in het feit dat het de overgang na een traject verkleint, want momenteel is de overgang erg groot en onnatuurlijk (FG 3.3). Hierdoor voelen de slachtoffers zich in de steek gelaten en niet serieus genomen (FG 3.3). Sommige slachtoffers hebben momenteel het idee dat ze zich moeten verdedigen tegenover de GGZ en maatschappij als ze op een later moment nog wat hulp nodig hebben (FG 3.3). Jongeren hebben behoefte aan de zekerheid op terugstroomgarantie, door zorgverleners de ruimte te geven voor periodieke contactmomenten na de afloop van zorg, waarbij ze snel opnieuw hulp krijgen als het nodig is (NJR, 2025). Volgens professionals en ervaringsdeskundigen zouden slachtoffers zich door de periodieke check-up meer serieus genomen, gehoord en gezien voelen (FG 3.1; FG 3.2; FG 3.3). Periodieke check-ups dragen daarnaast bij aan het **erkennen** van de diepe en langdurige, veelzijdige impact die seksueel misbruik en seksuele uitbuiting kunnen hebben op het leven van een slachtoffer en diens omgeving (FG 3.1; FG 3.3). Het CSG hoort van deelnemers aan de periodieke check-ups ook terug dat slachtoffers deze contactmomenten ervaren ervaren als een erkenning van de diepe impact en dat ze zich hierdoor serieus genomen voelen (FG 3.1). De impact van deze ervaringen is namelijk niet voorbij na een behandeling, maar deze ervaringen nemen slachtoffers hun hele leven mee (FG 3.1; FG 3.3).

In de ogen van professionals kunnen periodieke check-ups slachtoffers in hun kracht zetten en zelfvertrouwen geven wanneer bevestigd wordt dat het goed met ze gaat en ze geen nieuwe hulp nodig hebben (FG 3.2). Uit onderzoek blijkt dat succeservaringen en ondersteuning (e.g., verbale bevestiging van anderen) belangrijk zijn voor zelfeffectiviteit en de mentale gezondheid (Kleppang et al., 2023). Daarnaast kan de periodieke check-up volgens professionals en ervaringsdeskundigen een geruststelling zijn of houvast geven voor slachtoffers en ouders, omdat er iemand is op wie ze terug kunnen vallen en met wie ze contact op kunnen nemen als het even niet gaat (i.e., een vangnet) (FG 3.2; FG 3.3; FG 4). Hierdoor voelen slachtoffers zich minder eenzaam voelen in hun herstel en hebben ze meer vertrouwen om zelfstandig te oefenen in plaats van zich vast te klampen aan een behandeling (FG 3.3). Bovendien kan het besef dat iemand aan hen denkt en nog weet wie ze zijn, volgens professionals bijdragen aan het gevoel van eigenwaarde (FG 3.2; FG 4). Voor kinderen en jongeren die hechtingsproblemen hebben en veel wisselingen in hulpverlening meemaken, is het extra waardevol dat er iemand is die betrokken blijft (FG 3.2). Tot slot kan de periodieke check-up volgens ervaringsdeskundigen helpen het vertrouwen in de maatschappij terug te krijgen en te voelen dat het geaccepteerd wordt om hulp te vragen voor onder andere dingen die je door het seksueel geweld nooit geleerd hebt (FG 3.3). Ervaringsdeskundigen vinden de signalering en aanpak van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik ook een maatschappelijk probleem (FG 3.3).

7.4.4 Geruststelling professional

Tot slot bieden periodieke check-ups geruststelling voor de professionals, omdat zij op deze manier na een traject het welzijn van een slachtoffer kunnen monitoren, en waar nodig opnieuw ondersteuning kunnen aanbieden (FG 2.3). Dit kan volgens professionals bijdragen aan het op een gezonde manier vormgeven van het gevoel van verantwoordelijkheid en betrokkenheid, zeker bij complexe of langdurige casuïstiek (FG 2.3).

7.5 Kennishiaten en vervolgonderzoek

7.5.1 Welke slachtoffers langdurig checken?

Er is een tekort aan kennis over welke slachtoffers langdurig gemonitord moeten worden via bijvoorbeeld periodieke check-ups (FG 3.1; FG 3.2; zie 7.2.1). Er zou een risicoanalyse gedaan moeten worden waarbij alle kinderen die seksueel misbruik of seksuele uitbuiting hebben meegemaakt (e.g., van verschillende leeftijden en bij verschillende soorten casussen) langdurig gevolgd worden (FG 3.1; FG 3.2). Op deze manier kan duidelijk worden welke slachtoffers gemonitord moeten worden en welke niet (FG 3.1). Voor dergelijk onderzoek moet een power analyse gedaan worden om er zeker van te zijn dat er genoeg power is in een longitudinale studie, met mogelijke drop-out, om significante verschillen te kunnen waarnemen (FG 3.1). De verwachtte drop-out is echter laag door de grote commitment van de slachtoffers voor onderzoek (FG 3.1).

7.5.2 Overzicht van wat te checken

Er is meer kennis nodig over welke vragen professionals moeten stellen om alle klachten goed in kaart te brengen bij periodieke check-ups (FG 3.1; FG 3.2). Aan de hand van onderzoek over de gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (zoals in hoofdstuk 5) zou een lijst met vragen ontwikkeld kunnen worden geordend per thema, waaronder mentale en lichamelijke klachten en diens huidige situatie (FG 3.1; FG 3.2). Voor een dergelijke lijst kan inspiratie opgedaan worden bij andere ziektegroepen (FG 3.1). Een professional kan vervolgens zelf kijken welke vragen van toepassing zijn per casus (FG 3.2).

7.5.3 Pilot en longitudinaal onderzoek: multidisciplinaire check-up

Er is meer kennis nodig over de effectiviteit van (multidisciplinaire) periodieke check-ups met betrekking tot de lange termijn gezondheidswinst, op zowel mentaal als lichamelijk vlak (FG 3.1). In eerste instantie zou dergelijk onderzoek gedaan kunnen worden binnen bestaande structuren, zoals bij het CSG, omdat multidisciplinair werken daar vooralsnog gemakkelijker is dan binnen de reguliere zorg (FG 3.1). Dit onderzoek kan uitgevoerd worden zodra duidelijk is welke uitkomstmaten en klachten bij welke slachtoffers gemonitord moeten worden (zie 7.5.1 en 7.5.2). Als de periodieke check-ups effectief blijken, kunnen deze vervolgens breder ingeregeld worden. Het is belangrijk om bij de concrete vormgeving van periodieke check-ups ervaringsdeskundigen te betrekken (FG 4).

7.5.4 Financiering

Er is meer kennis nodig over hoe bestaande vormen van check-ups, zoals boostersessies gefinancierd worden (FG 3.2). Uit dergelijk onderzoek kunnen aanknopingspunten voortkomen voor het regelen van financiering voor periodieke check-ups (FG 3.2). Ook zou, in samenwerking tussen onderzoekers, epidemiologen en econometristen, in de toekomst een kosten-batenanalyse gedaan kunnen worden om aan te tonen wat de consequenties zijn voor de maatschappij, arbeidsmarkt, zorgverzekering en de toekomst (FG 3.1).

8. Samenvatting en conclusie

8.1 Motie behandeling van psychosociale en fysieke gevolgen

In de motie van Groen-Links uit 2024 (34843-101) vroeg kamerlid Mutluer naar de effectiviteit van de aanpak en behandeling van de psychosociale en fysieke gevolgen van seksueel geweld. Om de effectiviteit van de aanpak en behandelingen te beschrijven, moet eerst gespecificeerd worden wat de psychosociale en fysieke gevolgen zijn die moeten worden behandeld.

8.1.1 Determinanten van gevolgen

De gevolgen van seksueel geweld worden beïnvloed door verschillende factoren, waaronder geheimhouding, de leeftijd en ontwikkelingsfase van het slachtoffer, de duur, frequentie en ernst van het seksueel geweld, de relatie tot de pleger, en of het seksueel geweld online of offline plaatsvond. Zo veroorzaakt geheimhouding langdurige stress, en een vertraging in een passende behandeling en het herstel. Slachtoffers die op jongere leeftijd seksueel geweld meemaken hebben meer kans op langdurige negatieve gevolgen, onder andere doordat zij over minder copingsvaardigheden en kennis over seksualiteit beschikken, hun ervaringen niet erkennen als seksueel geweld, hun klachten niet kunnen duiden als gevolgen van seksueel geweld, en moeite hebben met het verwoorden van hun ervaring. Hetzelfde geld voor slachtoffers met een licht verstandelijke beperking. Door herevaluatie kan het seksueel geweld op een latere leeftijd een andere betekenis krijgen en dus nieuwe klachten oproepen. Hoewel professionals en ervaringsdeskundigen de impact van zowel eenmalig als herhaaldelijk of langdurig seksueel geweld erkennen, laat onderzoek zien dat chronisch, ernstig of gewelddadig seksueel geweld leidt tot zwaardere klachten. Daarnaast leidt seksueel geweld door een bekende vaak tot loyaliteitsconflicten. Bij seksueel geweld dat online plaatsvindt worden psychosociale gevolgen meer benadrukt dan (directe) lichamelijke gevolgen. Slachtoffers van seksueel geweld krijgen vaak te maken met levenslange psychosociale en fysieke gevolgen. Echter, niet ieder slachtoffer van seksueel geweld ervaart dezelfde gevolgen. Factoren zoals veerkracht en de aanwezigheid van een steunend vangnet kunnen een belangrijke rol spelen in het herstelproces. Hierdoor ervaren sommige slachtoffers relatief weinig langdurige klachten, terwijl anderen ernstige psychische, emotionele of lichamelijke klachten ontwikkelen. Ondanks deze verschillen heeft seksueel geweld altijd impact.

8.1.2 Psychosociale gevolgen

Slachtoffers van seksueel geweld krijgen te maken met een verscheidenheid aan psychosociale gevolgen. Zij kunnen psychotrauma klachten ontwikkelen waaronder herbelevingen, en dissociatieve klachten zoals het uitschakelen van gevoelens of amnesie. Daarnaast krijgen veel slachtoffers te maken met negatieve reacties uit de omgeving zoals victim blaming wat kan leiden tot second rape. Ook ontwikkelen veel slachtoffers gevoelens van schaamte en schuld, en een verminderd zelfbeeld en zelfvertrouwen. Verder kunnen angsten toenemen en kunnen slachtoffers het gevoel van veiligheid en vertrouwen in anderen verliezen. Daarnaast komen agressie, concentratieproblemen, persoonlijkheidsproblematiek, psychoses, dwangklachten en stemmingsklachten voor. Ook kunnen slachtoffers maladaptieve copingstrategieën ontwikkelen, zoals middelengebruik, eetproblemen, automutilatie, suïcidaliteit en vermijding. Verder kunnen slachtoffers eenzaam worden, en problemen ervaren binnen het sociale netwerk en relaties. Daarnaast ontstaan er problemen in de seksuele ontwikkeling en kunnen

slachtoffers vragen hebben over hun identiteit, geaardheid en gender. Bovendien kan seksueel geweld impact hebben op de kinderwens en het ouderschap van slachtoffers. Tenslotte lopen slachtoffers tegen problemen aan op het gebied van werk, school, financiën en huisvesting.

8.1.3 Fysieke gevolgen

Naast de psychosociale gevolgen ervaren slachtoffers ook diverse lichamelijke gevolgen die vaak nauw samenhangen met de psychische klachten. Zo kunnen slachtoffers last krijgen van psychosomatische klachten zoals hoofdpijn en buikpijn, en van fysiologische reacties zoals hartkloppingen, zweten, verhoogde spierspanning en uitvals- en conversieverschijnselen. Daarnaast komen zindelijkheids- en darmproblemen, slaapproblemen, vermoeidheid en veranderingen in zelfverzorging en gewicht veel voor. Verder kunnen slachtoffers letsels en SOA's oplopen, en kunnen ze (ongewenst) zwanger of in zeldzame gevallen onvruchtbaar worden. Ook klachten zoals vaginisme of bekkenpijn kunnen slachtoffers lang last van houden. Bovendien kan de langdurige stress, vooral bij seksueel geweld op jonge leeftijd, de hersenontwikkeling beïnvloeden. Tenslotte kan de medicatie van slachtoffers bijwerkingen met zich meebrengen.

8.1.4 Aanpak

Om deze complexe psychosociale en fysieke gevolgen van seksueel geweld effectief te kunnen behandelen moet er in de aanpak met verschillende factoren rekening gehouden worden. Slachtoffers verschillen bijvoorbeeld sterk in wanneer zij klaar zijn om hulp te vragen en ontvangen, waarbij persoonlijke, sociale en praktische factoren een rol spelen. Bij contra-indicaties, zoals verslaving of zwangerschap, moet daarnaast een zorgvuldige afweging gemaakt worden om te voorkomen dat het uitstellen van een behandeling resulteert in afstel. Om een passende behandelvolgorde te bepalen, wanneer een slachtoffer toe is aan hulp, moet er rekening gehouden worden met klachten die het meest op de voorgrond liggen en disfunctioneel zijn, klachten die de veiligheid beïnvloeden, klachten die andere klachten in stand houden, de belastbaarheid van het slachtoffer en diens eigen voorkeuren. Daarnaast is het belangrijk om te zorgen voor stabiliteit door te zorgen dat het slachtoffer wordt voorzien in diens basisbehoeften, zoals veiligheid, onderdak, inkomen en levensmiddelen, zodat hij of zij voldoende mentale ruimte heeft om aan een behandeling te beginnen. Professionals en ervaringsdeskundigen geven daarbij aan dat te snel starten of te lang stabiliseren ineffectief kan zijn en moet worden afgestemd op het individu, waarbij het belangrijk is dat slachtoffers zelf inspraak en perspectief hebben. Te snel starten kan volgens ervaringsdeskundigen destabiliserend werken, en te lang uitstellen kan leiden tot een negatief zelfbeeld of demotivatie. Ervaringsdeskundigen wijzen er daarbij op dat bepaalde vormen van stabilisatie niet altijd helpend zijn. Met name gedwongen zorg en gedwongen opnames worden als schadelijk ervaren. Dit omdat het gebrek aan controle raakt aan de eerdere traumatische ervaring van seksueel geweld, waarin eveneens sprake was van controleverlies. Verder geven ervaringsdeskundigen aan dat slachtoffers minder open durven te zijn over een onveilige thuissituatie, wanneer zij na een sessie weer naar diezelfde situatie terug moeten keren. In het opbouwen van een werkrelatie moet een hulpverlener onder andere aansluiten bij het tempo van het slachtoffer, ruimte bieden voor ambivalente gevoelens, niet (ver)oordelen of beschuldigen, het slachtoffer serieus nemen en inspraak mogelijk maken, omdat de vertrouwensband de basis vormt voor effectieve hulpverlening, zeker bij loyaliteitsconflicten. Daarnaast is systeemgericht werken cruciaal om duurzame steun te organiseren binnen het netwerk door het netwerk actief te betrekken en steunfiguren te betrekken, maar ook waar nodig

afstand te creëren tot niet-helpende relaties. Een te individualistische behandeling kan volgens ervaringsdeskundigen leiden tot een negatiever zelfbeeld en gevoelens van eenzaamheid. Daarnaast noemen ervaringsdeskundigen en professionals dat het niet erkennen van ambivalente gevoelens jegens een pleger belemmerend werkt. Negatief spreken over de pleger kan volgens hen de drempel verhogen om terug te keren naar hulp als een slachtoffer opnieuw contact heeft met de pleger. Door de sterk wisselende situaties en behoeften, onder andere afhankelijk van leeftijd, ontwikkeling, pleger en rechtsgang, is maatwerk gedurende het gehele traject noodzakelijk. Tenslotte moet in de uitvoering rekening gehouden worden met organisatorische factoren, zoals multidisciplinaire samenwerking, wisselingen in behandelaren, wachtlijsten, classificaties, en financiering. Veel wisselingen van behandelaar kunnen volgens ervaringsdeskundigen de effectiviteit verminderen, hoewel dit per individu verschilt. Daarnaast noemen ervaringsdeskundigen dat bezuinigingen, beperkte vergoedingen en het verdwijnen van restitutiepolissen de toegang tot passende zorg belemmeren.

8.1.5 Behandeling psychosociale gevolgen

Betreffende de effectiviteit van behandelingen voor psychosociale gevolgen van seksueel geweld is de sterkste bewijskracht in onderzoek gevonden voor EMDR, CGT (met name TF-CGT) en verschillende vormen van exposuretherapie (zoals NET, IE en PE). Er is voor deze behandelvormen consistent bewijs gevonden voor het effectief verminderen van onder andere vermijding, schuldgevoelens, en PTSS-, angst- en depressieve klachten. EMDR laat echter snellere symptoomreductie zien dan CGT, maar voor sommige slachtoffers is het moeilijk zich te focussen op één plaatje en is het gehele verhaal doorlopen effectiever. Daarnaast hebben sommige slachtoffers in EMDR meer werkgeheugenbelasting nodig dan anderen. Voor andere behandelingen, zoals schematherapie, psycho-educatie, COMET, vaktherapieën, MST, lotgenotencontact, groepstherapieën, steunfiguren zoals JIM's, en therapieën met honden, is de wetenschappelijke onderbouwing beperkter (e.g., niet specifiek voor seksueel geweld) of gemengd. Desondanks beschrijven onderzoeken, professionals en ervaringsdeskundigen regelmatig positieve effecten van deze behandelingen op bijvoorbeeld depressie, PTSS-symptomen, schaamte/schuld, angst, vermijding, en isolatie/steun. Over het geheel genomen sluiten professionals en ervaringsdeskundigen aan bij de literatuur, maar zij benadrukken dat de effectiviteit sterk tussen slachtoffers kan verschillen en er soms ook negatieve effecten optreden, zelfs bij bewezen effectieve methodes zoals hoofdpijn bij EMDR. Daarnaast valt op dat de meeste onderzoeken en behandelingen zich richten op psychotrauma gerelateerde klachten en de herinnering aan de gebeurtenis, en minder op klachten met betrekking op bijvoorbeeld het negatieve zelfbeeld of de seksuele ontwikkeling. Ook ervaringsdeskundigen noemen dat er onvoldoende psycho-educatie over gezonde seksuele ontwikkeling en relaties, en seksueel plezier wordt aangeboden. Tot slot geven ervaringsdeskundigen aan dat er, mede door mogelijke misdiagnoses, soms medicatie wordt voorgeschreven die niet effectief is. Bijwerkingen, afhankelijkheid en onvoldoende begeleiding in de afbouw worden door hen hierbij als problematisch ervaren.

8.1.6 Behandeling fysieke gevolgen

Betreffende de effectiviteit van behandelingen voor fysieke gevolgen van seksueel geweld is de sterkste bewijskracht in onderzoek gevonden voor bewegings- en lichaamsgerichte therapieën zoals PMT en fysiotherapie (e.g., met bekkenbodemspieroefeningen). Er is echter minder literatuur beschikbaar voor de behandeling van lichamelijke dan de psychosociale gevolgen van seksueel geweld. De literatuur die wel beschikbaar is duidt op

aanwijzingen voor een vermindering van spanning in het lijf (e.g., in de bekkenbodem), incontinentie of obstipatie, seksueel disfunctioneren en pijn. Daarnaast zijn er aanwijzingen voor de effectiviteit van SP en ontspannings- en ademhalingsoefeningen in het verminderen van spanning in het lijf en het vergroten van lichaamsbewustzijn, maar de studies hiernaar, en daarmee de bewijskracht hiervoor, zijn beperkter (e.g., niet specifiek voor seksueel geweld). Door de link die psychische en fysieke klachten hebben, is ook in behandeling terug te zien dat lichaamsgerichte behandelingen ook positieve effecten hebben op onder andere emotieregulatie, PTSS-symptomen, angst en depressieve klachten. Professionals en ervaringsdeskundigen beamen dat bewegings- en lichaamsgerichte therapieën zoals PMT, fysiotherapie, SP, en ontspannings- en ademhalingsoefeningen helpend kunnen zijn in de behandeling van lichamelijke klachten. Daarnaast benoemen professionals dat een plas- en poeppoli, de GGD, een seksuoloog, ondersteuning voor anticonceptie en forensisch medisch onderzoek helpend kan zijn voor slachtoffers. Ondanks de behoefte van slachtoffers aan (en eerste indicaties voor de effectiviteit van) een integrale aanpak van de psychosociale en fysieke gevolgen, ontvangen zij een dergelijke aanpak niet of in beperkte mate en ontbreekt het aan (methodologisch sterk) onderzoek naar de effectiviteit ervan Ervaringsdeskundigen noemen dat medische en psychologische zorg hierbij onvoldoende samenwerken en onvoldoende doorverwijzen wanneer dit nodig is.

8.1.7 Nazorg

Nazorg voor slachtoffers van seksueel geweld richt zich op het behandelen van resterende klachten, het integreren van het geleerde in het dagelijks leven, het versterken van beschermende factoren en het voorkomen van terugval of revictimisatie. Het versterken van het sociale netwerk en de autonomie van het slachtoffer zijn hierbij cruciaal. Het is volgens professionals belangrijk om het slachtoffer te laten oefenen in de dagelijkse praktijk, de begeleiding langzaam steeds dichter bij huis plaats te laten vinden en het systeem te betrekken, zodat het systeem meebeweegt en het slachtoffer niet in oude patronen vervalt bij terugkeer. Toch ervaren veel slachtoffers dat zij weinig tot geen nazorg ontvangen, onder andere door versnipperde begeleiding, beperkte bereikbaarheid van hulpverleners en het ontbreken van een positieve, op krachten gerichte benadering. De overgang van 18- naar 18+ maakt deze problemen vaak groter: jongeren vallen soms tussen wal en schip, moeten opnieuw beginnen bij nieuwe behandelaren en ervaren vergoedings- en financieringsproblemen, waardoor continuïteit ontbreekt. Terwijl nazorg juist in deze laatste fase extra waardevol is, omdat betrouwbaar contact helpt het vertrouwen van slachtoffers in anderen en zichzelf te versterken, en de duurzaamheid van hun herstel te waarborgen.

8.1.8 Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek naar de gevolgen en behandeling (met aanpassingen voor specifieke doelgroepen) van seksueel geweld bij kinderen moet zich richten op verschillende onderbelichte doelgroepen, zoals slachtoffers die geen hulp zoeken, slachtoffers en plegers met een LVB, jonge plegers, slachtoffers die ook plegers zijn, en mannelijke slachtoffers. Er zijn ook meer longitudinale onderzoeken en meta-analyses nodig daar de gevolgen van seksueel geweld en de verschillende kenmerken van de casus (e.g., type gebeurtenis, de relatie tot de pleger, frequentie, duur, online versus offline, etc.) bij een Nederlandse steekproef, rekening houdend met confounders, de ontwikkeling en het biopsychosociale model. Ook de gevolgen van langdurige geheimhouding en financiële gevolgen zouden verder onderzocht moeten worden. Daarnaast is toekomstig onderzoek naar de

relatie tussen psychosociale en lichamelijke gevolgen en de behandeling daarvan noodzakelijk (e.g., met psycho-educatie), evenals naar de behandeling van schuldgevoelens en een negatief zelfbeeld. Ook de effectiviteit van kwaliteitsstandaarden, vroegtijdige slachtofferadvocatuur en psychodrama moeten verder onderzocht worden. Gezien het grote behandelaanbod, is bovendien onderzoek naar effectieve behandelvolgordes van groot belang. Daarnaast is meer onderzoek nodig naar de behandeling van de verschillende lichamelijke gevolgen van seksueel geweld bij slachtoffers. Met name onderzoek naar de lichamelijke gevolgen en de behandeling hiervan bij mannen ontbreekt. Ook ontbreekt specifiek onderzoek naar geïntegreerde behandelvormen waarin psychosociale en lichamelijke gevolgen als samenhangend geheel worden aangepakt. Ondanks dat er voor veel van deze aspecten al enig onderzoek bestaat, zouden deze aanvullende onderzoeken het mogelijk maken om slachtoffers in de toekomst nog gerichter, effectiever en op maat te kunnen ondersteunen.

8.1.9 Conclusie

Slachtoffers van seksueel geweld krijgen te maken met vele langdurige psychosociale en fysieke gevolgen en de verscheidenheid aan determinanten zorgt voor een gevarieerd beeld van klachten en behoeften. In de gehele aanpak is maatwerk daarom van groot belang. Daarnaast is een goede werkrelatie met vertrouwensband cruciaal. Ook systeemgericht werken, multidisciplinaire samenwerking en stabilisatie zijn belangrijk, alhoewel deze laatste niet noodzakelijk is om psychosociale behandelingen te starten. Er is consistente, sterke bewijskracht voor behandelingen zoals EMDR, TF-CGT, en verschillende vormen van exposuretherapie (zoals NET, IE en PE). Desondanks kunnen ook deze bewezen effectieve behandelingen ontoereikend of inadequaat zijn, bijvoorbeeld wanneer slachtoffers bij EMDR moeite hebben zich te focussen op één plaatje of er lichamelijke klachten door ontwikkelen. Er is echter minder bekend over het behandelen van lichamelijke klachten dan psychosociale klachten en het integraal behandelen van deze klachten. De sterkste bewijskracht is gevonden voor bewegings- en lichaamsgerichte therapieën zoals PMT en fysiotherapie. Het meest schadelijke in de aanpak is het (ver)oordelen of beschuldigen van slachtoffers (i.e., victim blaming) om wat zij hebben meegemaakt of om een behandeling die niet aanslaat. Aanvullend wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van (de volgorde van) behandeling van deze complexe gevolgen is noodzakelijk om te weten wat, voor wie, op welk moment en onder welke voorwaarden adequate hulpverlening is, en dus om onze maatschappelijke plicht, adequate hulpverlening bieden, te kunnen vervullen.

8.2 Motie periodieke check-ups

In de motie vanD66 uit 2023 (36222-33) vroeg kamerlid Van der Werff naar de vormgeving en meerwaarde voor de fysieke en mentale gezondheid van periodieke check-ups, bij minderjarige slachtoffers van seksueel geweld.

8.2.1 Voorlopers

Periodieke check-ups (ook wel follow-ups of monitoring genoemd) zijn geen nieuw fenomeen. Binnen de medische en psychosociale zorg bestaan namelijk al verschillende vormen van een periodieke check-up. In de medische wereld bestaan gestructureerde (formele) periodieke check-ups al jaren, zoals bij prematuren, kinderen met ernstige of chronische aandoeningen en kinderen met kanker. Hierbij zijn multidisciplinaire teams betrokken om risico's te monitoren om problemen vroegtijdig te signaleren en recidieven te voorkomen of op tijd aan te pakken. In de psychosociale zorg kennen sommige behandelmethoden boostersessies die kunnen bijdragen aan

duurzamere behandelresultaten. Betreffende seksueel geweld, vinden er in de praktijk regelmatig al informele check-ups plaats, waarbij hulpverleners of slachtoffers op eigen initiatief of op afspraak later contact opnemen. Deze informele check-ups sluiten echter niet altijd aan bij de behoefte van slachtoffers, mede omdat niet alle slachtoffers uit zichzelf contact durven opnemen of zich voldoende gezien voelen.

8.2.2 Vormgeving

Een vormgeving van periodieke check-ups die wél zou aansluiten bij de behoeften van professionals en ervaringsdeskundigen, zijn periodieke check-ups als een structureel, vrijwillig, outreachend onderdeel van de nazorg; er worden door de professional één of meerdere afspraken vooruit gepland die het slachtoffer altijd af kan zeggen. Als een slachtoffer deze regie niet krijgt, is de kans volgens ervaringsdeskundigen groot dat slachtoffers de check-up zien als een 'moetje' waar ze zo snel mogelijk doorheen willen waardoor ze hun klachten zullen maskeren. Bij voorkeur worden periodieke check-ups minimaal aangeboden aan groepen met een verhoogd risico op revictimisatie of terugval. De timing, duur en frequentie van periodieke check-ups zijn maatwerk. Als basis zou een jaarlijkse of halfjaarlijkse check-up gepland kunnen worden, maar de voorkeur ligt bij het ophogen en verlagen van de frequentie op basis van klachten en kwetsbare levensfasen. De periodieke check-up zou in de ogen van professionals aangeboden moeten worden tot en met 18 jaar, met de mogelijkheid tot verlening tot en met 25 jaar. Ervaringsdeskundigen benadrukken echter de noodzaak van levenslange periodieke check-ups, waarbij geen zaken volledig van het slachtoffer worden overgenomen, gezien de kans op revictimisatie en de levenslange gevolgen die zij ervaren. In de periodieke check-up moet gekeken worden naar ontwikkelingen op alle relevante ontwikkelingsdomeinen en leefgebieden, zoals de mentale en lichamelijke klachten (zie 8.1.1-8.1.3), seksuele ontwikkeling en gedrag, sociale ontwikkeling en netwerk, school, werk en financiën. Daarnaast moet er aandacht geschonken worden aan de context van het seksueel geweld, zoals eventuele revictimisatie, de rechtsgang en het contact met de pleger. Bovendien moet er expliciet gevraagd worden naar de beschikbaarheid en behoefte aan steun. Het is belangrijk om in de periodieke check-up te focussen op de huidige en toekomstige situatie, en niet het slachtoffer diens verhaal steeds opnieuw te laten vertellen, omdat hij of zij daarmee in het verleden kan blijven hangen. De uitvoering van de periodieke check-up ligt mede daarom idealiter bij een bekende, gespecialiseerde hulpverlener met expertise op het gebied van seksueel geweld binnen een multidisciplinair team op één locatie. De check-up zou ook uitgevoerd kunnen worden door een onbekende hulpverlener, mits er sprake is van een warme overdracht, goede werkrelatie, expertise (die bijvoorbeeld vaak ontbreekt bij een wijkteam of huisarts), voorspelbare/consistente uitvoering, goede bereikbaarheid en laagdrempelige ingang. Een periodieke check-up vergelijkbaar met deze wordt momenteel door weinig organisaties, buiten het Centrum Seksueel Geweld (CSG), uitgevoerd. In de uitvoering zouden ook ervaringsdeskundigen betrokken kunnen worden mits zij hun eigen ervaring verwerkt hebben, opgeleid zijn, er een professional bij is en het de drempel niet verhoogd.

8.2.3 Randvoorwaarden

De uitvoering van dergelijke periodieke check-ups vraagt om het waarborgen van randvoorwaarden op het gebied van privacy, financiering, capaciteit en draagvlak. Allereerst moeten periodieke check-ups uitgevoerd worden binnen de kaders van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), wat expliciete, geïnformeerde toestemming vereist van slachtoffers voor het bewaren van contactgegevens en het

multidisciplinair delen van informatie. Dit moet bovendien ondersteund worden door werkbare systemen voor gegevensbeheer. Daarnaast is een passend financieringsmodel cruciaal waarbij contactmomenten ook na de afronding van een behandeling bekostigd kan worden, dossiers open kunnen blijven, regionale verschillen voorkomen worden en verlening na de 18-jarige leeftijd mogelijk is. Ondanks dat periodieke check-ups relatief weinig tijd kosten, vormt voldoende personeelscapaciteit een randvoorwaarde gezien het huidige tekort aan gespecialiseerde hulpverleners en multidisciplinaire samenwerking. Tenslotte is een breed draagvlak binnen het veld noodzakelijk en leek deze er in eerdere peilingen onder verscheidene organisaties ook te zijn.

8.2.4 Meerwaarde

De meerwaarde van een periodieke check-up zoals omschreven uitgevoerd binnen de genoemde randvoorwaarden, ligt volgens professionals en ervaringsdeskundigen in hun verwachtte preventieve werking, de mogelijke tijdswinst en het bieden van erkenning, continuïteit en houvast aan slachtoffers. Regelmatig contact zou helpen om vroegtijdig signalen van revictimisatie, terugval of nieuwe fysieke of mentale klachten op te merken. Ook als het aanbod van/de herinnering aan de periodieke check-up triggerend is, kan dit duiden op de noodzaak van aanvullende hulp. Door de vroegtijdige signalering kan passende ondersteuning ook sneller aangeboden worden en wordt de kans op verergering of langdurige trajecten mogelijk verkleind, met name omdat slachtoffers deze signalen zelf niet altijd (tijdig) herkennen. Daarnaast voorzien zowel professionals als ervaringsdeskundigen dat periodieke check-ups tijdbesparend zullen zijn. Dit in verband met de bestaande vertrouwensrelatie en bekendheid met de voorgeschiedenis, die het laagdrempeliger maken voor slachtoffers om hulp te vragen en krijgen, zonder opnieuw tegen uitgebreide intakeprocedures of wachttijden aan te lopen. De belangrijkste toegevoegde waarde wordt gezien in het verzachten van de nu vaak abrupte overgang na beëindiging van een traject. Slachtoffers zouden zich door de periodieke check-up minder in de steek gelaten en meer gezien voelen, en voelen dat de veelzijdige en langdurige impact van seksueel geweld, die vaak niet ophoudt na het afronden van een behandeling, erkend wordt door de maatschappij. Bovendien kan de periodieke check-up een gevoel van houvast en veiligheid bieden, waardoor slachtoffers meer vertrouwen krijgen om hun leven op te pakken en zelfstandig te oefenen dan, zoals verondersteld door sommige professionals, wanneer zij na een behandeling volledig losgelaten worden. De meerwaarde die het CSG al terugziet in hun uitvoering van de periodieke check-ups is dat slachtoffers het als prettig ervaren, zij zich erkend en serieus genomen voelen, en zij door de bestaande werkrelatie opener zijn waardoor tijdig aanvullende ondersteuning georganiseerd kan worden.

8.2.5 Vervolgonderzoek

Om deze verwachte meerwaarde verder te kunnen onderbouwen en bevestigen zou toekomstig onderzoek in de vorm van een pilot of longitudinale studie, bijvoorbeeld binnen bestaande multidisciplinaire structuren zoals het CSG, de lange termijn gezondheidswinst kunnen toetsen. Daarnaast zou longitudinaal onderzoek zich met behulp van risicoanalyses moeten richten op welke slachtoffers van seksueel geweld het meest baat hebben bij periodieke check-ups. Ook kan het ontwikkelen van een gestructureerde lijst met vragen die gesteld kunnen worden tijdens een periodieke check-up helpend zijn bij het in kaart brengen van de te monitoren klachten, ontwikkelingen en behoeften. Tenslotte is het nodig om te kijken naar mogelijke financieringsstructuren hier een kosten-batenanalyse op uit te voeren.

8.2.6 Conclusie

Momenteel is er nog geen wetenschappelijk effectiviteitsonderzoek beschikbaar naar periodieke check-ups bij slachtoffers van seksueel geweld. Professionals van het CSG geven echter aan dat zij positieve ervaringen hebben met de periodieke check-ups die zij uitvoeren bij slachtoffers (zie FG 3.1). Daarnaast benadrukken professionals en ervaringsdeskundigen dat er wel een behoefte bestaat aan periodieke check-ups en dat zij een meerwaarde verwachten, mits de check-ups vrijwillig en gericht op de huidige en toekomstige situatie zullen zijn. Periodieke check-ups zouden naar verwachting bij kunnen dragen aan het vroegtijdig signaleren en beperking van zowel de lange termijn fysieke als psychologische klachten, waaronder bekkenbodemproblemen, gedragsproblemen, verslaving en suïcidaliteit. Daarnaast zou het kunnen bijdragen aan een soepele overgang na behandeling en het laagdrempelig maken van ondersteuning voor (minderjarige) slachtoffers die niet kunnen overzien wanneer zij welke hulp nodig hebben. Een zorgvuldige vormgeving van periodieke check-ups, waarbij slachtoffers naar één locatie kunnen komen waar ze structureel met maatwerk periodieke-check-ups aangeboden krijgen door een bekende hulpverlener uit een multidisciplinair team die alle ontwikkelingen monitort, zou volgens professionals en ervaringsdeskundigen passend zijn bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor dit probleem en erkenning van de veelzijdige impact van seksueel geweld op slachtoffers. Hoewel er eerste aanwijzingen zijn voor de effectiviteit en meerwaarde van periodieke check-ups, kan op basis van bestaand wetenschappelijk onderzoek nog niet geconcludeerd worden dat periodieke check-ups een meerwaarde hebben op het bestaande behandelaanbod. Om dat te ontkrachten of bevestigen is vervolgonderzoek nodig.

9. Literatuurlijst

Abajobir, A. A., Kisely, S., Maravilla, J. C., Williams, G., & Najman, J. M. (2016). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 63*, 249–260. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.023

Allard-Gaudreau, N., Poirier, S., & Cyr, M. (2023). Factors associated with delayed disclosure of child sexual abuse: A focus on the victim's having been led to perform sexual acts on the perpetrator. *Child Abuse & Neglect, 147*, 106537. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106537

American Psychiatric Association [APA] (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 TR (DSM-5 TR).* American Psychiatric Association Publishing

Amstadter, A. B., Myers, J. M., & Kendler, K. S. (2014). Psychiatric resilience: longitudinal twin study. *The British Journal of Psychiatry, 205*(4), 275–280. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.130906

Badenes-Ribera, L., Fabris, M. A., Prino, L. E., Gastaldi, F. G. M., & Longobardi, C. (2019). Physical, emotional, and sexual victimization across three generations: A cross-sectional study. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(4), 409–417. https://doi.org/10.1007/s40653-019-00273-1

Bardwell, E. S., Elliott, S. A., Levine, E. C., & Goodman, K. L. (2024). LGBTQIA+ identity-related concerns of sexual assault survivors who access an anonymous online hotline. *Journal of Interpersonal Violence, 40*(19–20), 4455–4478. https://doi.org/10.1177/08862605241291913

Bastiaanssen, I., Ditters, E., Wiegman, S., Schrier, L., & Bastiaan, J. (2021). *Mentoren en maatjes voor jongeren: Sterke kanten en uitdagingen bij informele steun.* https://www.nji.nl/system/files/2021-10/Mentoren%20en%20maatjes%20voor%20jongeren.pdf

Bath, E., Barnert, E., Godoy, S., Hammond, I., Mondals, S., Farabee, D., & Grella, C. (2020). Substance use, mental health, and child welfare profiles of Juvenile Justice-Involved Commercially Sexually Exploited youth. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 30*(6), 389–397. https://doi.org/10.1089/cap.2019.0057

Baumeister, D., Akhtar, R., Ciufolini, S., Pariante, C. M., & Mondelli, V. (2016). Childhood trauma and adulthood inflammation: A meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- α . *Molecular Psychiatry, 21*(5), 642–649. https://doi.org/10.1038/mp.2015.67

Becx, I., Elbers, N., Meijer, S., Schijns, A. J. J. G., & Akkermans, A. (2023). Slachtofferadvocatuur. In N. Elbers, C. van den Berg, & M. Kragting (Red.), What works: *Effectieve ondersteuning voor slachtoffers* (pp. 159–178). Boom criminologie.

Bicanic, I., Snetselaar, H., De Jongh, A., & Van de Putte, E. (2014). Victims' use of professional services in a Dutch sexual assault centre. *European Journal Of Psychotraumatology, 5*(1). https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23645

Blanco, L., Nydegger, L. A., Camarillo, G., Trinidad, D. R., Schramm, E., & Ames, S. L. (2015). Neurological changes in brain structure and functions among individuals with a history of childhood sexual abuse: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 57*, 63–69. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.07.013

Blanco-Ratto, L., Ramírez-García, I., Kauffmann, S., & Farrés, M. G. (2025). Effectiveness of physiotherapy and its impact on the quality of life of patients compared to other therapeutic approaches in the management of female sexual dysfunction in non-menopausal adult population: a systematic review. *Sexual Medicine Reviews, 13*(3), 338–346. https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeaf022

Blehm, A. (2024). What is trauma? A critique and definition. *Journal Of Theoretical And Philosophical Psychology*. https://doi.org/10.1037/teo0000274

Bounds, D. T., Otwell, C. H., Melendez, A., Karnik, N. S., & Julion, W. A. (2020). Adapting a family intervention to reduce risk factors for sexual exploitation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 14*, 8. https://doi.org/10.1186/s13034-020-00314-w

Boute, T. C., van Eekelen, R., Elferink, M. A. G., Witte, B. I., de Wilt, J. H. W., Vink, G. R., Greuter, M. J. E., & Coupé, V. M. H. (2025). Follow-up adherence after treatment with curative intent for stage II and III colorectal cancer patients. *Cancer Medicine, 14(5)*. https://doi.org/10.1002/cam4.70667

Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress, 30*(3), 304–312. https://doi.org/10.1002/jts.22189

Busso, D. S., McLaughlin, K. A., Brueck, S., Peverill, M., Gold, A. L., & Sheridan, M. A. (2017). Child Abuse, Neural Structure, and Adolescent Psychopathology: A Longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(4), 321-328.e1. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.013

Cai, C., Mei, Z., Wang, Z., & Luo, S. (2025). School-based interventions for resilience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1594658. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1594658

Capretto, J. J. (2017). Developmental timing of childhood physical and sexual maltreatment predicts adult depression and Post-Traumatic Stress symptoms. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(13–14), 2558–2582. https://doi.org/10.1177/0886260517704963

Caro, P., Turner, W., Caldwell, D. M., & Macdonald, G. (2023). Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023*(6), Article CD013361. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013361.pub2

Cea, B., Montes, Á., Trinidad, A., & Arce, R. (2025). Forensic psychological harm in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 17*(2), 111–129. https://doi.org/10.5093/ejpalc2025a10

Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. (2024). *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag 2024.* https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2024/48/prevalentiemonitor-huiselijk-geweld-en-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-2024

Centrum Seksueel Geweld [CSG] (2021). *Protocol acuut seksueel en familiaal geweld: Kinderen en volwassenen SEH Radboudumc.* https://centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2021/11/Protocol-acuut-seksueel-en-familiaal-geweld-kinderen-en-volwassenen-def.pdf

Centrum Seksueel geweld [CSG] (2023). *Factsheet: Cijfers over seksueel geweld in Nederland.* https://centrumseksueelgeweld.nl/wp-content/uploads/2023/06/Factsheet-CSG-2023.pdf

Centrum Seksueel Geweld [CSG] (z.d.-a). *Seksueel geweld.* Geraadpleegd op 9 april 2026, van https://centrumseksueelgeweld.nl/seksueel-geweld/

Centrum Seksueel Geweld [CSG] (z.d.-b). *Seksueel misbruik.* Geraadpleegd op 9 april 2026, van https://centrumseksueelgeweld.nl/seksueel-misbruik/

Centrum Seksueel Geweld [CSG] (z.d.-c). *Veelgestelde vragen over seksueel geweld.* Geraadpleegd op 9 april 2026, van https://centrumseksueelgeweld.nl/faq/

Chapman, R. L., Baselmans, C., Howell, T. J., Ronken, C., & Butler, D. (2024). Exploring the benefits of dog-assisted therapy for the treatment of complex trauma in children: A systematic review. *Children, 11*(8), 1017. https://doi.org/10.3390/children11081017

Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2019). Adverse childhood experiences and multidimensional perfectionism in young adults. *Personality and Individual Differences, 146*, 53–57. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.03.042

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings, 85*(7), 618–629.

https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583

Clarke, V., Goddard, A., Wellings, K., Hirve, R., Casanovas, M., Bewley, S., Viner, R., Kramer, T., & Khadr, S. (2021). Medium-term health and social outcomes in adolescents following sexual assault: a prospective mixed-methods cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58*(12), 1777–1793. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02127-4

Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Mohammed, B. H., Woods, P., & Beckett, B. (2020). A Pilot RCT of a Body-Oriented Group therapy for Complex trauma Survivors: an adaptation of Sensorimotor Psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation, 22*(1), 52–68. https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173

Corrigan, F. M., Hull, A. M., & Kamboj, S. K. (2020). Emotion regulation processes in post-traumatic stress disorder: A review and a model of functional disturbance. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1748902. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1748902

Covers, M. L. V., De Jongh, A., Huntjens, R. J. C., De Roos, C., Van Den Hout, M., & Bicanic, I. A. E. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: A randomized controlled trial. *European Journal Of Psychotraumatology, 12*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188

Cowan, A., Ashai, A., & Gentile, J. P. (2020). Psychotherapy with Survivors of Sexual Abuse and Assault. *PubMed, 17*(1–3), 22–26. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32547843

Cruyff, M., Van Dijk, J., & Van Der Heijden, P. G. M. (2017). The Challenge of Counting Victims of Human Trafficking: Not on the record: A multiple systems estimation of the numbers of human trafficking victims in the Netherlands in 2010–2015 by year, age, gender, and type of exploitation. *CHANCE, 30*(3), 41–49. https://doi.org/10.1080/09332480.2017.1383113

Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Wilson, L., & Forooshani, S. (2018). Emotional schema therapy improves emotion regulation in individuals with a history of child abuse and neglect. *International Journal Of Cognitive Therapy, 12*(1), 5–15. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0036-7

Darby, R. J., Taylor, E. P., & Segovia Cadavid, M. (2023). Phase-based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports, 14*, Article 100628. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100628

De Vries, I., Ebrahem, S., Donninger, D., Van Der Meer, B., & Van Bemmel, S. (2025). Social contexts of isolation, vulnerability, and resilience among minors with experiences of commercial sexual exploitation in the Netherlands. *Child Abuse & Neglect, 164*, 107439. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107439

Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics, 133*(5), e1331–e1344. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2166

Diehle, J., de Roos, C., Meiser-Stedman, R., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2015). The Dutch version of the Child Posttraumatic Cognitions Inventory: Validation in a clinical sample and a school sample. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1), 26362. https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26362

Dietz, T. J., Davis, D., & Pennings, J. (2012). Evaluating animal-assisted therapy in group treatment for child sexual abuse. *Journal Of Child Sexual Abuse, 21*(6), 665–683. https://doi.org/10.1080/10538712.2012.726700

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2014). Resilience in survivors of child sexual abuse. *Trauma Violence & Abuse, 16*(4), 476–493. https://doi.org/10.1177/1524838014557288

Don't look away (z.d.). *Wat melden?* https://www.dontlookaway.nl/wat-melden/

Downing, N. R., Akinlotan, M., & Thornhill, C. W. (2021). The impact of childhood sexual abuse and adverse childhood experiences on adult health related quality of life. *Child Abuse & Neglect, 120*, 105181. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105181

Drury, A. J., Elbert, M. J., & Sarthou, H. (2019). Childhood sexual abuse is significantly associated with subsequent sexual offending: New evidence among federal sex offenders. *Child Abuse & Neglect, 93*, 149–161. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104035

Earley, M. D., Chesney, M. A., Frye, J., Greene, P. A., Berman, B., & Kimbrough, E. (2014). Mindfulness intervention for child abuse survivors: A 2.5-Year Follow-Up. *Journal of Clinical Psychology, 70*(10), 933–941. https://doi.org/10.1002/jclp.22102

Edwards, D. (2018). Childhood Sexual Abuse and Brain Development: A discussion of associated structural changes and negative psychological outcomes. *Child Abuse Review, 27*(3), 198–208. https://doi.org/10.1002/car.2514

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Expertisecentrum Mensenhandel en Mensensmokkel [EMM] (2024). *Mensenhandel in beeld: Fenomeenbeeld 2024.* https://www.politie.nl/binaries/content/assets/politie/onderwerpen/publicaties/2025/bb38fc2f-0054-4225-ad34-943e27e50a3c.pdf

Fávero, M., Sousa, R., Budal-Oliveira, L., & Sousa-Gomes, V. (2024). Psychodrama: Comprehensive review of the

effectiveness of psychodrama in sexual abuse trauma. *European Psychologist, 29*(1), 17–26. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000517

Fisher, J. (2011). Sensorimotor approaches to trauma treatment. *Advances in Psychiatric Treatment, 17*(3), 171–177. https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007054

Fritz, J., Fried, E. I., Goodyer, I. M., Wilkinson, P. O., & Van Harmelen, A. (2018). A Network Model of resilience factors for adolescents with and without exposure to childhood adversity. *Scientific Reports, 8*(1), 15774. https://doi.org/10.1038/s41598-018-34130-2

Galjart, B., Höppener, D. J., Aerts, J. G. J. V., Bangma, C. H., Verhoef, C., & Grünhagen, D. J. (2022). Follow-up strategy and survival for five common cancers: A meta-analysis. *European Journal of Cancer, 174*, 185–199. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2022.07.025

García-Montes, A. (2025). Kisses and peaches: A pragmatic perspective on how emojis are used by online child sexual groomers. *Internet Pragmatics, 8*(2), 214–240. https://doi.org/10.1075/ip.00126.gar

Gbiri, C. a. O., & Akumabor, J. C. (2023). Effectiveness of physiotherapy interventions in the management male sexual dysfunction: A Systematic review. *International Journal of Sexual Health, 35*(1), 52–66. https://doi.org/10.1080/19317611.2022.2155288

Gearing, R. E., Schwalbe, C. S. J., Lee, R. H., & Hoagwood, K. E. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 30*(9), 800–808. https://doi.org/10.1002/da.22118

Gene-Cos, N., Fisher, J., Ogden, P., Cantrell, A. (2016). Sensorimotor Psychotherapy group therapy in the treatment of complex PTSD. *Ann Psychiatry Ment Health 4*(6): 1080. https://doi.org/10.47739/2374-0124/1080

Gerassi, L. (2015). From Exploitation to Industry: Definitions, risks, and consequences of domestic sexual exploitation and sex work among women and girls. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 25*(6), 591–605. https://doi.org/10.1080/10911359.2014.991055

Gewehr, E., Hensel, B., & Volbert, R. (2021). Predicting disclosure latency in substantiated cases of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 122*, 105346. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105346

Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2022). The impact of child sexual abuse on men's sexual function: A systematic review. *Trauma Violence & Abuse, 23*(1), 265–277. https://doi.org/10.1177/1524838020939134

Giglio, J. J., Wolfteich, P. M., Gabrenya, W. K., & Sohn, M. L. (2011). Differences in perceptions of child sexual

abuse based on perpetrator age and respondent gender. *Journal Of Child Sexual Abuse, 20*(4), 396–412. https://doi.org/10.1080/10538712.2011.593255

Godoy, S. M., Englert, A. R., Mazursky, N., Prout, L., & Hall, W. J. (2025). Depression and anxiety outcomes among young adults who self-reported experiencing commercial sexual exploitation in adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(7), 1062. https://doi.org/10.3390/ijerph22071062

Gravelin, C. R., Biernat, M., & Baldwin, M. (2017). The impact of power and powerlessness on blaming the victim of sexual assault. *Group Processes & Intergroup Relations, 22*(1), 98–115. https://doi.org/10.1177/1368430217706741

Gravelin, C. R., Biernat, M., & Bucher, C. E. (2019). Blaming the victim of acquaintance rape: Individual, situational, and sociocultural factors. *Frontiers in Psychology, 9*, 2422. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02422

Hassanpour, P., Buchwald, S., Mehta, A. H. P., Goldberg, S. B., & Walsh, K. (2025). Sexual violence and shame: A meta-analysis. *Trauma Violence & Abuse, 27*(1), 240–255. https://doi.org/10.1177/15248380241308828

Hébert, M., & Tourigny, M. (2010). Effects of a Psychoeducational Group Intervention for Children Victims of Sexual Abuse. *Journal Of Child & Adolescent Trauma, 3*(2), 143–160. https://doi.org/10.1080/19361521003726930

Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). Post-traumatic stress disorder in adolescent victims of sexual abuse: Resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva, 19*(3), 685–694. https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15972013

Hedén, L., Jonsson, L. S., & Fredlund, C. (2023). The connection between sex as self-injury and sexual violence. *Archives Of Sexual Behavior, 52*(8), 3531–3540. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02669-5

Hediger, K., Wagner, J., Künzi, P., Haefeli, A., Theis, F., Grob, C., Pauli, E., & Gerger, H. (2021). Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *European Journal Of Psychotraumatology, 12*(1), 1879713. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1879713

Henkhaus, L. E. (2022). The lasting consequences of childhood sexual abuse on human capital and economic well-being. *Health Economics, 31*(9), 1954–1972. https://doi.org/10.1002/hec.4557

Homma, Y., Wang, N., Saewyc, E., & Kishor, N. (2012). The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: A meta-analysis. *Journal Of Adolescent Health, 51*(1), 18–24.

https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.032

Hornor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care, 24*(6), 358-364. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003

Hutschenmaekers, G. J. M., Zijlstra, E., de Bree, C., Lo Fo Wong, S., & Lagro-Janssen, A. (2019). Similar yet unique: The victim's journey after acute sexual assault and the importance of continuity of care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* https://doi.org/10.1111/scs.12693

Imhoff, L. R., Liwanag, L., & Varma, M. (2012). Exacerbation of symptom severity of pelvic floor disorders in women who report a history of sexual abuse. *Archives of Surgery, 147*(12), 1123-1129. https://doi.org/10.1001/archsurg.2012.1144

International Labour Organization [ILO] (2022). *Global Estimates of Modern Slavery: Forced Labour and Forced Marriage.* https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-09/ILO_GEMS-2022_Report_EN_Web.pdf

Ioannidis, K., Askelund, A. D., Kievit, R. A., & Van Harmelen, A. (2020). The complex neurobiology of resilient functioning after childhood maltreatment. *BMC Medicine, 18*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s12916-020-1490-7

Jimenez, M., Jackson, A. M., & Deye, K. (2015). Aspects of abuse: Commercial sexual exploitation of children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 45*(3), 80–85. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.003

Karatzias, T., Ferguson, S., Chouliara, Z., Gullone, A., Cosgrove, K., & Douglas, A. (2014). Effectiveness and Acceptability of Group Psychoeducation for the Management of Mental Health Problems in Survivors of Child Sexual Abuse (CSA). *International Journal Of Group Psychotherapy, 64*(4), 492–514. https://doi.org/10.1521/ijgp.2014.64.4.492

Kate, M., Jamieson, G., & Middleton, W. (2021). Childhood sexual, emotional, and physical abuse as predictors of dissociation in adulthood. *Journal Of Child Sexual Abuse, 30*(8), 953–976. https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1955789

Kenniscentrum LVB (2024). *Handreiking Werken aan een goede samenwerking tussen zorgprofessionals en politie: Een handreiking met tips voor professionals over de samenwerking rondom seksuele en criminele uitbuiting van kwetsbare jongeren.* https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/handreiking-werken-aan-een-goede-samenwerking-tussen-zorgprofessionals-en-politie/

Khalifeh, H., Moran, P., Borschmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osborn, D., Johnson, S., & Howard, L. M. (2015). Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine, 45*(4), 875–886. https://doi.org/10.1017/s0033291714001962

Kim, S. H., Schneider, S. M., Bevans, M., Kravitz, L., Mermier, C., Qualls, C., & Burge, M. R. (2013). PTSD symptom reduction with mindfulness-based stretching and deep breathing exercise: Randomized controlled clinical trial of efficacy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 98*(7), 2984–2992. https://doi.org/10.1210/jc.2012-3742

King, A. R., Kuhn, S. K., Strege, C., Russell, T. D., & Kolander, T. (2019). Revisiting the link between childhood sexual abuse and adult sexual aggression. *Child Abuse & Neglect, 94*, 104022. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104022

Kleppang, A. L., Steigen, A. M., & Finbråten, H. S. (2023). Explaining variance in self-efficacy among adolescents: The association between mastery experiences, social support, and self-efficacy. *BMC Public Health, 23*(1), 1665. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16603-w

Klika, J. B., & Herrenkohl, T. I. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma Violence & Abuse, 14*(3), 222–234. https://doi.org/10.1177/1524838013487808

Konya, J., Perôt, C., Pitt, K., Johnson, E., Gregory, A., Brown, E., Feder, G., & Campbell, J. (2020). Peer-led groups for survivors of sexual abuse and assault: A systematic review. *Journal Of Mental Health, 34*(2), 128–140. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1770206

Koraal (2023-a). *Het signaleren van jongensslachtoffers van seksuele uitbuiting.* https://www.koraal.nl/IManager/MediaLink/991/133933/41119/2412161/

Koraal (2023-b). *Seksuele uitbuiting van jongens: Een handreiking voor politie.* https://www.koraal.nl/IManager/MediaLink/991/133933/41125/2412161/

Korrelboom, K., IJdema, T., Karreman, A., & Van Der Gaag, M. (2022). The effectiveness of transdiagnostic applications of Competitive Memory Training (COMET) on low self-esteem and comorbid depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Therapy And Research, 46*(3), 532–543. https://doi.org/10.1007/s10608-021-10286-6

Kuhfuß, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. (2021). Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1929023. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929023

Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., & Shahar, G. (2017). Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood sexual abuse survivors. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy, 10*(1), 121–129. https://doi.org/10.1037/tra0000271

Latiff, M. A., Fang, L., Goh, D. A., & Tan, L. J. (2023). A systematic review of factors associated with disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 147*, 106564. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106564

Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist, 51*(2), 82–88. https://doi.org/10.1111/ap.12142

Lee, H., Kim, S. H., Huh, H. J., & Lee, H. K. (2022). Posttraumatic stress symptom clusters differentially predict cardiovascular reactivity and recovery following stress. *Journal of Psychiatric Research, 151*, 407–415. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.05.059

Lewing, B., Doubell, L., Beevers, T., & Acquah, D. (2018). Building trusted relationships for vulnerable children and young people with public services. *Early Intervention Foundation.* https://www.eif.org.uk/report/building-trusted-relationships-for-vulnerable-children-and-young-people-with-public-services

Lindauer, R. J. L., Brilleslijper-Kater, S. N., Diehle, J., Verlinden, E., Teeuw, A. H., Middeldorp, C. M., Tuinebreijer, W., Bosschaart, T. F., van Duin, E., & Verhoeff, A. (2014). The Amsterdam Sexual Abuse Case (ASAC)-study in day care centers: Longitudinal effects of sexual abuse on infants and very young children and their parents, and the consequences of the persistence of abusive images on the internet. *BMC Psychiatry, 14*, 295. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0295-7

Littleton, H., & Grills, A. (2019). Changes in coping and negative cognitions as mechanisms of change in online treatment for Rape-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 927–935. https://doi.org/10.1002/jts.22447

Loinaz, I., Bigas, N., & de Sousa, A. M. (2019). Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema, 31*(3), 271–276. https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351

Maddox, G. A., Bodner, G. E., Christian, M. W., & Williamson, P. (2024). On the effectiveness of visual arts therapy for traumatic experiences: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 31*(4), e3041. https://doi.org/10.1002/cpp.3041

Maniglio, R. (2010). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(1), 30–41. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x

Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2013). Factors Promoting resilience Following Childhood Sexual Abuse: A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review, 23*(1), 17–34. https://doi.org/10.1002/car.2258

McCarthy-Jones, S. (2011). Voices from the storm: A critical review of quantitative studies of auditory verbal

hallucinations and childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 983–992. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.004

McKillop, N., Brown, S., Wortley, R., & Smallbone, S. (2015). How victim age affects the context and timing of child sexual abuse: Applying the routine activities approach to the first sexual abuse incident. *Crime Science, 4*(1). https://doi.org/10.1186/s40163-015-0031-8

Menhart, R., Stellermann-Strehlow, K., Helling-Bakki, A., Horvay, R., Dippel, N., & Winter, S. M. (2025). A systematic review and meta-analysis of medical and psychosocial care procedures for children and adolescents after (online) sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 166*, Article 107540. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107540

Meshkovska, B., Bos, A. E., & Siegel, M. (2021). Long-term (re)integration of persons trafficked for the purpose of sexual exploitation. *International Review of Victimology, 27*(3), 245–271. https://doi.org/10.1177/02697580211011445

Meston, C. M., Lorenz, T. A., & Stephenson, K. R. (2013). Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(9), 2177–2189. https://doi.org/10.1111/jsm.12247

Meza, J. I., Godoy, S. M., Nguyen, P. T., Perris, G. E., Barnert, E. S., & Bath, E. P. (2023). Risk profiles of suicide attempts among girls with histories of commercial sexual exploitation: A latent class analysis. *Child Abuse & Neglect, 137*, 106036. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106036

Miles, L. W., Valentine, J. L., Mabey, L. J., Hopkins, E. S., Stodtmeister, P. J., Rockwood, R. B., & Moxley, A. N. H. (2024). A systematic review of evidence-based treatments for adolescent and adult sexual assault victims. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 30*(3), 480–502. https://doi.org/10.1177/10783903231216138

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] (2022). *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg.* https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg

Montoya, C. N., & Saunt, J. V. (2024). Knowledge about Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy and child sexual abuse: A scoping review. *Trauma Violence & Abuse, 25*(5), 3967–3980. https://doi.org/10.1177/15248380241265385

Morison, L., Simonds, L., & Stewart, S. F. (2021). Effectiveness of creative arts-based interventions for treating children and adolescents exposed to traumatic events: A systematic review of the quantitative evidence and meta-analysis. *Arts & Health, 14*(3), 237–262. https://doi.org/10.1080/17533015.2021.2009529

Mulder, J., Teunissen, T. A. M., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2022). Reasons for contacting the consultation service of a Dutch assault centre. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 88*, 102345. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2022.102345

Muldoon, O. T., Nightingale, A., McMahon, G., Griffin, S., Bradshaw, D., Lowe, R. D., & McLaughlin, K. (2024). Child sexual abuse and social identity loss: A qualitative analysis of survivors' public accounts. *British Journal of Social Psychology, 63*, 1757–1770. https://doi.org/10.1111/bjso.12752

Muraya, D. N., & Fry, D. (2015). Aftercare services for child victims of sex trafficking. *Trauma Violence & Abuse, 17*(2), 204–220. https://doi.org/10.1177/1524838015584356

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2022). *Brede blik op slachtofferschap: Achtergronden van slachtoffers van seksueel geweld tegen kinderen en seksuele uitbuiting.* https://www.nationaalrapporteur.nl/documenten/2022/08/23/brede-blik-op-slachtofferschap

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2024). *Brede blik op daderschap: Achtergronden van daders van binnenlandse seksuele uitbuiting.* https://www.nationaalrapporteur.nl/documenten/2024/02/28/brede-blik-op-daderschap

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (z.d.). *Vormen van mensenhandel.* https://www.nationaalrapporteur.nl/mensenhandel/vormen-van-mensenhandel

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (z.d.). *Vormen van seksueel geweld tegen kinderen.* https://www.nationaalrapporteur.nl/seksueel-geweld-tegen-kinderen/vormen-van-seksueel-geweld

Nationale Jongerenraad [NJR] (2025). *Ontwerp De Nationale Jeugdstrategie: Nu is het aan ons!* https://publuu.com/flip-book/176629/2110437/page/32

Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W. (2018). Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal Of Psychiatric Research, 99*, 129–141. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001

Nielsen, B. F. R., Wind, G., Tjørnhøj-Thomsen, T., & Martinsen, B. (2018). A scoping review of challenges in adult intimate relationships after childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 27*(6), 718–728. https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1491915

Ninan, A., Stewart, S. L., Theall, L., Katuwapitiya, S., & Kam, C. (2014). Adverse effects of psychotropic medications in children: Predictive factors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 23*(3), 218–225. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25320615

NJi (z.d.). *Definities: uitbuiting en mensenhand.* https://www.nji.nl/seksuele-uitbuiting/definitie

Noll, J. G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology, 17*, 439–464. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621

Norton-Baker, M., Wolff, J. M., Kolander, T. W., Evans, M., & King, A. R. (2019). Childhood sexual abuse and lifetime aggression. *Journal of Child Sexual Abuse, 28*(6), 690–707. https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1607963

Nöthling, J., Abrahams, N., Jewkes, R., Mhlongo, S., Lombard, C., Hemmings, S. M. J., & Seedat, S. (2022). Risk and protective factors affecting the symptom trajectory of posttraumatic stress disorder post-rape. *Journal of Affective Disorders, 309*, 151–164. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.032

Ochoa, M. K., & Constantin, K. (2023). Impacts of child sexual abuse: The mediating role of future orientation on academic outcomes. *Child Abuse & Neglect, 145*, 106437. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106437

Ou, W., Li, Z., Zheng, Q., Chen, W., Liu, J., Liu, B., & Zhang, Y. (2021). Association between childhood maltreatment and symptoms of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 612586. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.612586

Papalia, N., Mann, E., & Ogloff, J. R. P. (2021). Child sexual abuse and risk of revictimization:Impact of child demographics, sexual abuse characteristics, and psychiatric disorders. *Child Maltreatment, 26*(1), 74–86. https://doi.org/10.1177/1077559520932665

Peel, K. L. (2020). A beginner's guide to applied educational research using thematic analysis. Practical Assessment, *Research & Evaluation, 25*(1), 2. https://doi.org/10.7275/ryr5-k983

Pinciotti, C. M., & Orcutt, H. K. (2017). Understanding gender differences in rape victim blaming: The power of social influence and just world beliefs. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(1–2), 255–275. https://doi.org/10.1177/0886260517725736

Rajan, G., Wahlström, L., Philips, B., Wändell, P., Wachtler, C., Svedin, C.-G., & Carlsson, A. C. (2021). Delayed healthcare access among victims of sexual abuse, understood through internal and external gatekeeping mechanisms. *Nordic Journal of Psychiatry, 75*(5), 370–377. https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1868573

Ray, A., & Henry, N. (2025). Sextortion: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse, 26*(1), 138–155. https://doi.org/10.1177/15248380241277271

Reid, J. A. (2016). Sex trafficking of girls with intellectual disabilities: An exploratory mixed methods study. *Sexual Abuse, 30*(2), 107–131. https://doi.org/10.1177/1079063216630981

Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming [JHJB] (2021). *Richtlijn Traumagerelateerde problemen: 5.3.1 Welke interventie inzetten.* https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/traumagerelateerde-problemen/aanpak-en-interventies/welke-interventie-inzetten

Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming [JHJB] (2025). *Richtlijn Traumagerelateerde problemen: 4.1.3 Mentor of steunfiguur.* https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/toekomstgericht-werken/samenwerken-met-het-informele-netwerk/mentor-of-steunfiguur

Roberts, A. L., Glymour, M. M., & Koenen, K. C. (2013). Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood? *Archives of Sexual Behavior, 42*(1), 161–171. https://doi.org/10.1007/s10508-012-0021-9

Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2019). Systematic review of risk and protective factors for revictimization after child sexual abuse. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(5), 991–1006. https://doi.org/10.1177/1524838018823274

Selai, C., Elmalem, M. S., Chartier-Kastler, E., Sassoon, N., Hewitt, S., Rocha, M. F., Klitsinari, L., & Panicker, J. N. (2022). Systematic review exploring the relationship between sexual abuse and lower urinary tract symptoms. *International Urogynecology Journal, 34*(3), 635–653. https://doi.org/10.1007/s00192-022-05277-4

Shafe, S., & Hutchinson, G. (2014). Continuous Influence of Cultural Practices and Sexual Abuse: A Review. *West Indian Medical Journal.* https://doi.org/10.7727/wimj.2013.246

Shaw, J. A., Lewis, J. E., Chitiva, H. A., & Pangilinan, A. R. (2017). Adolescent victims of commercial sexual exploitation versus sexually abused adolescents. *PubMed, 45*(3), 325–331. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28939730

Shrivastava, A. K., Karia, S. B., Sonavane, S. S., & De Sousa, A. A. (2017). Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: A neurobiological trajectory of pathogenesis. *Industrial Psychiatry Journal, 26*(1), 4–12. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_38_15

Slavin, M. N., Blycker, G. R., Potenza, M. N., Bőthe, B., Demetrovics, Z., & Kraus, S. W. (2020). Gender-Related differences in associations between sexual abuse and hypersexuality. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(10), 2029–2038. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.008

Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S., & Oruç, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research*

in Developmental Disabilities, 34(12), 4225-4233. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.010

Steine, I. M., Winje, D., Krystal, J. H., Bjorvatn, B., Milde, A. M., Grønli, J., Nordhus, I. H., & Pallesen, S. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose–response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 65*, 99–111. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008

Sterk Huis (z.d.) *Hulp bij seksuele uitbuiting: Sterk Huis helpt seksueel misbruik te stoppen.* https://www.sterkhuis.nl/mensenhandel/seksuele-uitbuiting/?gclid=EAIaIQobChMInYGfpcKVgQMVUwSLCh2s2gMsEAAYASAAEgKfavD_BwE

Stirling, J., Chalmers, K. J., & Chipchase, L. (2021). The role of the physiotherapist in treating survivors of sexual assault. *Journal of Physiotherapy, 67*(1), 1–2. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.11.008

Stobbe, K. J., Scheffers, M., Van Busschbach, J. T., & Didden, R. (2021). Prevention and intervention programs targeting sexual abuse in individuals with mild intellectual disability: A systematic review. *Journal Of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 14*(2), 135–158. https://doi.org/10.1080/19315864.2021.1883780

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreatment, 16(2), 79–101. https://doi.org/10.1177/1077559511403920

Strömwall, L. A., Alfredsson, H., & Landström, S. (2012). Rape victim and perpetrator blame and the Just World hypothesis: The influence of victim gender and age. *Journal Of Sexual Aggression, 19*(2), 207–217. https://doi.org/10.1080/13552600.2012.683455

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity: Nature Reviews. *Neuroscience, 17*(10), 652–666. https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Moutinho, L., & Rocha, N. B. (2017). Psychotropic drugs and liver disease: A critical review of pharmacokinetics and liver toxicity. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics, 8*(1), 26–38. https://doi.org/10.4292/wjgpt.v8.i1.26

Testa, M., Hoffman, J. H., & Livingston, J. A. (2011). Intergenerational transmission of sexual victimization vulnerability as mediated via parenting. *Child Abuse & Neglect, 35*(5), 363–371. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.010

Tichelaar, H. K., Deković, M., & Endendijk, J. J. (2020). Exploring effectiveness of psychotherapy options for sexually abused children and adolescents: A systematic review of randomized controlled trials. *Children And Youth Services Review, 119*, 105519. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105519

Tilley, D. S., Young, C. C., Richmond, M., & Humphrey, J. (2023). Mindfulness-based interventions for adult survivors of sexual assault: a scoping review. *Journal of Sexual Aggression, 30*(3), 275–291. https://doi.org/10.1080/13552600.2023.2187471

Trivedi, R. R., & Rejani, T. G. (2016). Expressive therapy with children who were sexually abused: An overview. *World Journal Of Research And Review, 3*(4), 262882. https://www.neliti.com/publications/262882/expressive-therapy-with-children-who-were-sexually-abused-an-overview

Troya, M. I., Cully, G., Leahy, D., Cassidy, E., Sadath, A., Nicholson, S., Costa, A. P. R., Alberdi-Páramo, Í., Jeffers, A., Shiely, F., & Arensman, E. (2021). Investigating the relationship between childhood sexual abuse, self-harm repetition and suicidal intent: Mixed-methods study. *BJPsych Open, 7*(4), e125. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.962

UNICEF. (2023). *International classification of violence against children.* UNICEF. https://data.unicef.org/resources/international-classification-of-violence-against-children/

United Nations - Office on Drugs and Crimes [UNODC]. (2024). *Global Report on Trafficking in Persons 2024.* https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2024/GLOTIP2024_BOOK.pdf

Van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Emck, C., Fokker, T. J., Hatzmann, J., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2023). Body- and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 36*(5), 835–848. https://doi.org/10.1002/jts.22968

Van de Kamp, M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2019). Body- and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 967–976. https://doi.org/10. 1002/jts.22465

Van Den Hove, M., & Lagro-Janssen, T. (2021). Onbegrepen bekkenbodemklachten: een miskend probleem bij misbruikte mannen. *Huisarts En Wetenschap, 64*(12), 27–30. https://doi.org/10.1007/s12445-021-1328-3

Van der Bruggen, M., & Grubb, A. (2014). A review of the literature relating to rape victim blaming: An analysis of the impact of observer and victim characteristics on attribution of blame in rape cases. *Aggression and Violent Behavior, 19*(5), 523–531. https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.008

Van Leeuwen, K., & Konijn, C. (2025). Interventie PINQ-crisis: Databank Effectieve Jeugdinterventies Nederlands Jeugdinstituut. https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-PINQ-crisis.pdf

Van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for

prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 3*(1), 18805. https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805

Van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., Van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M., & De Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJPsych Open, 7*(6). https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057

Vézina-Gagnon, P., Bergeron, S., Frappier, J.-Y., & Daigneault, I. (2018). Genitourinary health of sexually abused girls and boys: A matched-cohort study. *The Journal of Pediatrics, 194*, 171–176. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.09.087

Viergever, R. F., Thorogood, N., Van Driel, T., Wolf, J. R., & Durand, M. A. (2019). The recovery experience of people who were sex trafficked: The thwarted journey towards goal pursuit. *BMC International Health and Human Rights, 19*(1), 3. https://doi.org/10.1186/s12914-019-0185-7

Vrolijk-Bosschaart, T. F., Brilleslijper-Kater, S. N., Benninga, M. A., et al. (2018). Clinical practice: Recognizing child sexual abuse: What makes it so difficult? *European Journal of Pediatrics, 177*(9), 1343–1350. https://doi.org/10.1007/s00431-018-3193-z

Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The prevalence of sexual revictimization. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*, 67–80. https://doi.org/10.1177/1524838017692364

Walsh, W. A., & Tener, D. (2022). "If you don't send me five other pictures I am going to post the photo online": A qualitative analysis of experiences of survivors of sextortion. *Journal of Child Sexual Abuse, 31*(4), 447–465. https://doi.org/10.1080/10538712.2022.2067093

Warrington, C., Beckett, H., Allnock, D., & Soares, C. (2023). Children's perspectives on family members' needs and support after child sexual abuse. *Children and Youth Services Review, 149*, 106925. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106925

Wegwijzer mensenhandel (z.d.) *Vormen van mensenhandel.* https://www.wegwijzermensenhandel.nl/signaleren-van-mensenhandel/vormen-van-mensenhandel

Wilson, B., & Butler, L. D. (2014). Running a gauntlet: A review of victimization and violence in the pre-entry, post-entry, and peri-/post-exit periods of commercial sexual exploitation. Psychological Trauma: Theory, Research, *Practice, and Policy, 6*(5), 494–504. https://doi.org/10.1037/a0032977

Wissink, I. B., van Vugt, E., Moonen, X., Stams, G.-J. J. M., & Hendriks, J. (2014). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities, 35*(11), 2822–2831. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.09.007

World Health Organization [WHO] (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9241545615

Zorgprestatiemodel (2026). https://www.zorgprestatiemodel.nl/

Bijlage 1 - Informatieformulier professionals

Informatieformulier voor professionals en wetenschappers

Informatiebrief

Focusgroepen met professionals en wetenschappers over de gevolgen, behandeling, nazorg, en check-ups van seksuele uitbuiting en mishandeling

kenniscentrum kinder-en jeugdpsychiatrie

Beste professional of wetenschapper,

Je bent gevraagd om mee te doen aan een onderzoek. Hier lees je meer over het onderzoek en jouw rechten. Lees dit goed. Je mag rustig nadenken voordat je beslist.

Over het onderzoek

De Tweede Kamer wil graag meer weten over seksuele uitbuiting en seksueel misbruik bij kinderen en jongeren. Daarom heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie gevraagd in gesprek te gaan met professionals en wetenschappers.

- **Seksueel misbruik** bestaat uit ongewenste seksuele aanrakingen of seksuele handelingen waarbij misbruik gemaakt wordt van leeftijdsverschil of machtsverschil. Er is sprake van een ongelijkwaardige relatie.
- **Seksuele uitbuiting** is de meest voorkomende vorm van mensenhandel en een vorm van seksueel misbruik. Het betekent dat een jongere (emotioneel) afhankelijk wordt gemaakt en wordt gedwongen of misleid om seksuele handelingen te verrichten. Uitbuiters doen dit door gebruik te maken van geweld, dwang, misleiding of chantage (bijvoorbeeld met naaktfoto's of video's). Wat begint als een vrijwillige handeling of afspraak kan omslaan in dwang, waarbij stoppen niet meer mogelijk lijkt. Vroeger werden uitbuiters vaak loverboys genoemd.

We zijn benieuwd naar jouw ervaringen rondom seksuele uitbuiting en seksueel geweld. Welke gevolgen heb je gezien bij slachtoffers van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik? Welke behandeling(en) en nazorg hebben deze slachtoffers ontvangen en hielpen deze? Hoe vaak is er contact met de slachtoffers geweest om te kijken hoe het met ze gaat sinds bekend werd dat ze slachtoffer waren van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik. Hoe heb je dat ervaren en op wat voor manier kunnen dit soort check-ups nog beter in de toekomst?

Het onderzoek loopt van februari tot en met december 2025. Ook zal er een literatuuronderzoek uitgevoerd worden.

Mag ik meedoen?

Je mag meedoen aan het onderzoek als je:

- Werkt met of onderzoek hebt gedaan naar slachtoffers van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik.

Waarom meedoen?

Jouw ervaringen kunnen helpen om in de toekomst kinderen en jongeren die seksuele uitbuiting of seksueel misbruik meemaken nog beter te helpen. Hier kan de Tweede Kamer iets in betekenen met behulp van de onderzoeksresultaten.

Wat betekent meedoen voor jouzelf?

Als je mee wilt doen, maakt de onderzoeker met jou een afspraak voor elk van de **drie deelvragen** voor een groepsgesprek van ongeveer **1,5 uur** in de periode van **7 april t/m 17 mei 2025**. Dat groepsgesprek vindt online plaats via **Microsoft Teams**. Er zijn ook andere professionals en wetenschappers bij die hebben gewerkt met of onderzoek hebben gedaan naar slachtoffers van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik.

Van dit gesprek maakt de onderzoeker een opname en een geschreven verslag. Dit verslag sturen we aan jou op. Je kunt dan kijken of het verslag klopt en of je nog iets wilt veranderen. De opgehaalde informatie wordt ook anoniem verwerkt in een rapport voor het Ministerie van VWS en de webpagina's van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. De vergaarde kennis wordt geïntegreerd in bestaande praktijkstandaarden (bijv. trauma) en kennisdossiers (bijv. seksuele uitbuiting), zodat deze toegankelijk is voor hulpverleners, beleidsmakers en andere belanghebbenden in de jeugd-ggz en brede jeugdhulp.

Hier mag je ook feedback op geven. Ook mag je het op het toestemmingsformulier aangeven als je graag wél wilt dat je naam genoemd wordt als expert op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Je naam komt dan niet bij een specifieke zin te staan, maar onderaan de webpagina als expert die heeft bijgedragen aan een bepaalde webpagina.

Als bedankje ontvang je na elk van de drie gesprekken **€100,-**.

Jouw rechten

Moet je meedoen?

Nee, je mag zelf weten of je meedoet. Als je niet wilt meedoen, dan hoeft dit niet. Ook als je al begonnen bent mag je stoppen met het onderzoek wanneer je maar wilt, zonder dat je daar uitleg over hoeft te geven. Ook zul je hier geen negatieve gevolgen van ervaren.

Jouw gegevens zijn geheim

Alles wat je vertelt blijft geheim: alleen de onderzoekers en deelnemers weten wat je hebt gezegd. De grootte van de focusgroep hangt af van het aantal aanmeldingen, maar zal niet groter zijn dan 15 deelnemers. We zullen het transcript van ons gesprek nooit aan anderen buiten het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie laten lezen zonder jouw toestemming. Wat je gezegd hebt wordt anoniem verwerkt, samen met andere resultaten, in een rapport en webpagina voor professionals, ouders en jongeren. Je naam wordt niet op het verslag, in het rapport en op de webpagina genoteerd, en zal nooit bekend worden gemaakt tenzij jijzelf aangeeft op het toestemmingsformulier dat je je naam op de website wilt. Nadat het schriftelijke verslag is gemaakt en door jou is goedgekeurd verwijderen wij de opname. Jouw persoonlijke gegevens (mailadres en telefoonnummer) worden na het onderzoek direct verwijderd, tenzij je aangeeft op het toestemmingsformulier dat je in de toekomst benaderd wilt worden voor het vernieuwen van informatie over onder andere seksuele uitbuiting en trauma op de website. In dat laatste geval worden je gegevens maximaal 5 jaar bewaard. De geanonimiseerde onderzoeksgegevens (jouw input in de focusgroep verwerkt in de verslagen) worden, in overeenstemming met de wet, opgeslagen voor de wettelijke periode van 10 jaar.

Jouw beslissing

Wil je meedoen? Dan zet je een handtekening op het toestemmingsformulier. Deze kun je ingevuld opsturen per mail. Mocht dit niet lukken, stuur ons dan een mailtje, dan kijken we samen naar een oplossing. Doe dit **vóór 30 maart 2025**.

Als je niet mee wilt doen hoef je verder niets te doen. Je hoeft niets te tekenen en hoeft ook niet uit te leggen waarom je niet mee wilt doen.

Vragen en contact

Heb je vragen? Stel ze aan de onderzoeker.
Je mag de onderzoeker Rosanne van der Jagt altijd bellen/mailen:
tel: 06-86806590; r.vanderjagt@kenniscentrum-kjp.nl

Bijlage 2 - Toestemmingsformulier professionals

Toestemmingsformulier voor professionals en wetenschappers

Toestemmingsformulier

Focusgroepen met professionals en wetenschappers over de gevolgen, behandeling, nazorg, en check-ups van seksuele uitbuiting en mishandeling

kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie

- Ik heb de informatie gelezen en **begrepen**. Ook kon ik vragen stellen. Mijn **vragen zijn beantwoord**.
- Ik had **genoeg tijd om te beslissen** of ik meedoe.
- Ik weet dat ik **zelf mag weten** of ik meedoe.
- Ik begrijp dat ik **altijd mag stoppen** als ik niet meer mee wil doen. Hiervoor hoef ik geen uitleg te geven en zal ik geen negatieve gevolgen van ervaren.
- Ik ga akkoord met de **verwerking van mijn gegevens** zoals beschreven staat in de informatiebrief.

Wil je bij alle vragen hieronder je antwoord aangeven?

Je beslist zelf waar je aan mee wilt doen en waar je toestemming voor geeft.

1. Ik wil meedoen aan de groepsgesprekken. (Graag je antwoord aankruisen)
   o Ja
   o Nee
2. Ik wil graag dat mijn naam als expert genoemd wordt op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (Graag je antwoord aankruisen)
   o Ja
   o Nee
3. Ik wil graag in de toekomst benaderd worden als de teksten op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vernieuwd worden. Mijn emailadres en telefoonnummer mogen daarvoor maximaal 5 jaar bewaard worden. (Graag je antwoord aankruisen)
   o Ja
   o Nee

Naam deelnemer:
Handtekening: Datum : __ / __ / __

Geef of stuur het ingevulde formulier aan een van de onderzoekers voordat je meedoet met het groepsgesprek.

Bijlage 3 - Vragenlijst professionals

Vragenlijst over de achtergrondinformatie van deelnemende professionals en wetenschappers

1. Wat is je leeftijd?
2. Bij welke organisatie werk je?
3. Wat is je huidige functie?
4. Hoeveel jaar heb je al werkervaring m.b.t. seksuele uitbuiting en/of seksueel misbruik?
5. Naast je huidige functie, heb je nog andere relevante functies gehad m.b.t. seksuele uitbuiting en/of seksueel misbruik? Zo ja, welke?
6. Zijn er nog artikelen/onderzoeken/initiatieven die wat jou betreft meegenomen moeten worden in het rapport aan het Ministerie van VWS?

Bijlage 4 - Topiclist focusgroepen 1.1 & 1.2

Topiclist voor de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de psychosociale en fysieke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Agenda 24-04-2025 (donderdag)

- 15 min. (15:30-15:45): Introductie
- 30 min. (15:45-16:15): Psychosociale gevolgen
- 20 min. (16:15-16:35): Fysieke gevolgen
- 15 min. (16:35-16:50): Risico- en beschermende factoren
- 10 min. (16:50-17:00): Afsluiting

Agenda 28-04-2025 (maandag)

- 15 min. (13:30-13:45): Introductie
- 30 min. (13:45-14:15): Psychosociale gevolgen
- 20 min. (14:15-14:35): Fysieke gevolgen
- 15 min. (14:35-14:50): Risico- en beschermende factoren
- 10 min. (14:50-15:00): Afsluiting

Introductie

- Welkom
- Bedanken voor komst
- Voorstellen (gespreksleider en gespreksassistent: naam, functie)
- Doel focusgroep (moties, VWS, onderwerp gevolgen nog niet behandeling, toelichting seksueel misbruik en seksuele uitbuiting --> vormen seksueel overschrijdend gedrag)
    - Zoals jullie weten hebben we vanuit VWS het verzoek gekregen om antwoord op twee moties te geven. Deze twee moties gaan over seksueel misbruik en seksuele uitbuiting, van gedwongen prostitutie tot machtsmisbruik binnen afhankelijkheidsrelaties. Daarom zitten we hier vandaag met een gemengde groep aan professionals. Jullie hebben kennis over deze verschillende vormen van seksueel overschrijdend gedrag en mogen tijdens het gesprek vandaag ook aandacht besteden aan de overeenkomsten en verschillen wat betreft de gevolgen.
- Duur (1,5 uur)
- Geen pauze
- Opname voor verslag (start opname, gelieve niet zelf op te nemen of verspreiden)
- Anoniem verwerkt
- Gespreksafspraken
    - Alle ervaringen zijn belangrijk
    - Er is geen goed of fout, jullie hoeven het niet altijd eens te zijn
    - Laat elkaar uitpraten, maar vul elkaar wel aan
- Voorstellen deelnemers (naam, functie, organisatie, reden deelname)
- Zijn er nog vragen voordat we beginnen?

Vragen

Inleidende vragen

- Zien jullie slachtoffers die recent seksueel misbruik/uitbuiting hebben meegemaakt of vaak al langer geleden en komen ze nu pas in zorg omdat de problemen zich opstapelen?
- Op basis van jullie werkervaring, welke psychosociale en fysieke gevolgen ervaren slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik?

Psychosociale gevolgen

Ervaren slachtoffers gevolgen op het gebied van...

- ...psychologische klachten? Zo ja, welke?
  (Bijv. PTSS, DIS, depressie, suïcidale gedachten, angststoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve identiteitsstoornis, eetstoornis, pijnstoornis, gedragsstoornis, gedragsproblemen)
- ... identiteitsvorming en zelfbeeld? Zo ja, welke?
  (Bijv. schuld- en schaamtegevoelens)?
- ... sociale problemen? Zo ja, welke?
  (Bijv. Stigma, isolatie, relatieproblemen, hechtingsproblemen)
- ... copingmechanismen? Zo ja, welke?
  (Bijv. Vermijding, zelfbeschadiging, middelengebruik)
- ... onderwijs/stage/werk? Zo ja, Welke ?
  (Bijv. Schooluitval, verslechtering schoolprestaties)
- ... financiën? Zo ja, welke?
  (Bijv. Schulden)
- ... huisvesting? Zo ja, welke?
  (Bijv. Dakloosheid)
- ... volwassenheid (lange termijn)? Zo ja, welke?
  (Bijv. Problemen met ouderschap)

Fysieke gevolgen

- Ervaren slachtoffers fysieke gevolgen van seksueel misbruik/uitbuiting?
  - Wat zien of horen jullie in gesprek met slachtoffers?

Ervaren slachtoffers gevolgen op het gebied van...

- ... lichaamsgewicht? Zo ja, welke gevolgen?
  (Bijv. Onder- en overgewicht)
- ... SOA's? Zo ja, welke gevolgen?
- ... medische klachten? Zo ja, welke gevolgen?
  (Bijv. Bekkenbodemproblemen, verhoogde bloeddruk, infecties, pijn)

Risico- en beschermende factoren

- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in gevolgen tussen de verschillende soorten seksueel misbruik en uitbuiting?
  (Bijv. Vreemde versus bekende plegers, verschillende frequentie, georganiseerd versus ongeorganiseerd)
- Zien jullie verschillen in de gevolgen bij verschillende leeftijdsgroepen of achtergronden? Welke jongeren lopen meer risico op ernstige gevolgen en welke juist minder risico?

(Bijv. Minder risico bij een fijne thuissituatie)

Zijn er verschillen in de gevolgen bij online versus offline uitbuiting of misbruik?
Zijn er verschillen in de gevolgen op korte versus lange termijn?
Zijn er nog gevolgen die we niet besproken hebben?

Afsluiting

- Laatste vragen/opmerkingen?
- Uitleg vervolg (verslag anoniem, feedback op geven, als iedereen akkoord is wordt de opname verwijderd)
- Volgende bijeenkomst
- Bedanken voor komst
- Vergoeding 100 euro
- Vragenlijst achtergrondinformatie invullen via de mail

Bijlage 5 - Topiclist focusgroepen 2.1 & 2.2

Topiclist voor de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de behandeling en nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Agenda 29-04-2025 (dinsdag)

- 10 min. (13:30-13:40): Introductie
- 30 min. (13:40-14:10): Behandeling psychosociale gevolgen
- 20 min. (14:10-14:30): Behandeling fysieke gevolgen
- 20 min. (14:30-14:50): Nazorg
- 10 min. (14:50-00:00): Afsluiting

Agenda 05-05-2025 (dinsdag)

- 10 min. (18:30-18:40): Introductie
- 30 min. (18:40-19:10): Behandeling psychosociale gevolgen
- 20 min. (19:10-19:30): Behandeling fysieke gevolgen
- 20 min. (19:30-19:50): Nazorg
- 10 min. (19:50-20:00): Afsluiting

Introductie

- Welkom
- Bedanken voor komst
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen (gespreksleider en gespreksassistent: naam, functie)
- Doel focusgroep (moties, VWS, onderwerp)
- Duur (1,5 uur)
- Geen pauze
- Opname voor verslag (start opname, gelieve niet zelf op te nemen)
- Anoniem verwerkt
- Gespreksafspraken
    - Alle ervaringen zijn belangrijk
    - Er is geen goed of fout, jullie hoeven het niet altijd eens te zijn
    - Laat elkaar uitpraten, maar vul elkaar wel aan
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen deelnemers (naam, functie, organisatie, reden deelname)
- Zijn er nog vragen voordat we beginnen?

Vragen

Inleidende vragen

- Op basis van jullie werkervaring, wanneer is iemand klaar om aan een behandeling te beginnen? (Bijv. Erkennen slachtofferschap, werkrelatie/vertrouwensband behandelaar, (fysieke) veiligheid

omgeving, zwangerschap)
- Komt het voor dat een cliënt pas later in een behandeling openbaart dat er sprake is geweest van seksueel misbruik/uitbuiting? Zo ja, hoe heeft dat invloed op de behandeling?
- Op basis van jullie werkervaring, wat zijn de meest effectieve behandelingen voor de psychosociale en fysieke gevolgen?

Behandeling psychosociale gevolgen (aanpassen n.a.v. input focusgroep 1)

Welke behandelingen worden er ingezet op het gebied van...
- ...psychologische klachten? Waarom deze? Hoe effectief is dit?
  (Bijv. TF-CGT, EMDR, verslavingszorg)
- ... sociale gevolgen? Waarom deze?
  (Bijv. Leren grenzen aangeven)
- ... onderwijs/stage/werk? Waarom deze? Hoe effectief is dit?
- ... financiën? Waarom deze? Hoe effectief is dit?
- ... huisvesting? Waarom deze? Hoe effectief is dit?

Waaraan merk je bij het slachtoffer dat deze aanpakken/behandelingen werken?

Behandeling fysieke gevolgen (aanpassen n.a.v. input focusgroep 1)
- Welke behandelingen worden er ingezet op het gebied van fysieke gevolgen?
- Hoe gaan jullie om met de koppeling tussen de psychosociale en lichamelijke klachten/gevolgen?

Welke behandelingen worden er ingezet op het gebied van...
- ... lichaamsgewicht? Waarom deze? Hoe effectief is dit?
- ... SOA's? Waarom deze? Hoe effectief is dit?
- ... medische klachten? Waarom deze? Hoe effectief is dit?
  (Bijv. fysiotherapie)
- Hoe gaan jullie om met de koppeling tussen de psychische en lichamelijke klachten? Waar start je met behandelen?

Waaraan merk je bij het slachtoffer dat deze aanpakken/behandelingen werken?

Volgorde
- Hoe bepaal je de volgorde van je aanpak? Welke volgorde is effectief?
  Bijv. Eerst verslaving of eerst trauma behandelen?

Nazorg
- Welke nazorg-aanpak is het meest effectief op de lange termijn m.b.t. psychosociale gevolgen?
  (Bijv. Welke kernelementen zijn hierbij van belang: veiligheid, autonomie, etc.?)
- Welke nazorg-aanpak is het meest effectief op de lange termijn m.b.t. fysieke gevolgen?
- Hoe kan het beste omgegaan worden met de overgang van 18- zorg naar 18+ zorg?
- Zijn er verschillen in nazorg tussen acute zorg en langdurige zorg? Zo ja welke?
- Zijn er verschillen in nazorg voor slachtoffers die recent versus langer geleden slachtoffer zijn geworden?

Waaraan merk je bij het slachtoffer dat deze nazorg werkt?

Zijn er nog behandelingen of vormen van nazorg die we niet besproken hebben?

(Bijv. behandelingen waarvoor nog onvoldoende evidentie is?)

Hoe wordt de omgeving van een slachtoffer betrokken in de behandeling en nazorg?
Zijn er verschillen in de behandeling/nazorg, afhankelijk van de volgende factoren:

- Leeftijd
- Georganiseerd/ongeorganiseerd
- Bekende/onbekende pleger (Hoe ga je om met loyaliteitsconflicten?)
- Achtergrond
- Kort/lang na slachtofferschap
- Online/offline
- Gender (jongens, meisjes, LHBTIQ+)

Welke factoren belemmeren of bevorderen de behandeling en/of nazorg?

Hoe kunnen de huidige vormen van behandeling en nazorg verbeterd worden?

- Hoe werken jullie samen met andere partijen (die behandelen)? (Opvang, buddy, behandelaar, etc.)
- Welke (onderdelen van) behandelingen/aanpakken/nazorg zijn er juist NIET effectief of zelfs schadelijk?

Afsluiting

- Laatste vragen/opmerkingen?
- Uitleg vervolg (verslag anoniem, feedback op geven, als iedereen akkoord is wordt de opname verwijderd)
- Volgende bijeenkomst
- Bedanken voor komst
- Vergoeding 100 euro
- Vragenlijst achtergrondinformatie invullen via de mail

Bijlage 6 - Topiclist focusgroepen 3.1 & 3.2

Topiclist voor de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de periodieke check-ups na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Agenda 06-05-2025 (dinsdag)

- 10 min. (15:30-15:40): Introductie
- 25 min. (15:40-16:05): Huidige uitvoering
- 25 min. (16:05-16:30): Toekomstwensen
- 20 min. (16:30-16:50): Randvoorwaarden
- 10 min. (16:50-17:00): Afsluiting

Agenda 09-05-2025 (vrijdag)

- 10 min. (15:30-15:40): Introductie
- 25 min. (15:40-16:05): Huidige uitvoering
- 25 min. (16:05-16:30): Toekomstwensen
- 20 min. (16:30-16:50): Randvoorwaarden
- 10 min. (16:50-17:00): Afsluiting

Introductie

- Welkom
- Bedanken voor komst
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen (gespreksleider en gespreksassistent: naam, functie)
- Doel focusgroep (moties, VWS, onderwerp)
- Duur (1,5 uur)
- Geen pauze
- Opname voor verslag (start opname, gelieve niet zelf op te nemen)
- Anoniem verwerkt
- Gespreksafspraken
    - Alle ervaringen zijn belangrijk
    - Er is geen goed of fout, jullie hoeven het niet altijd eens te zijn
    - Laat elkaar uitpraten, maar vul elkaar wel aan
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen deelnemers (naam, functie, organisatie, reden deelname)
- Zijn er nog vragen voordat we beginnen

Vragen

Inleidende vraag

- Wat verstaan jullie onder een periodieke check-up?
  (Rondetafelgesprek CSG)

(Ons eigen idee, voorafgaand opgeschreven; Wat we bedoelen met periodieke check-ups: *Regelmatige controles om slachtoffers te monitoren, ongeacht behandeling, zodat mogelijke gevolgen vroegtijdig gesignaleerd en behandeld kunnen worden.*)

- Op basis van jullie werkervaring, worden er al periodieke check-ups uitgevoerd m.b.t. de psychosociale en fysieke gevolgen?

Huidige uitvoering

- Indien **niet** uitgevoerd: Is een periodieke check-up nodig?
  (Bijv. Waarom zou dit wel of waarom niet uitgevoerd moeten worden?)
- Indien **wel** uitgevoerd: Hoe wordt een periodieke check-up uitgevoerd?
  (Bijv. Bij wie meet je?
  Wat meet je?
  Voor hoe lang meet je en hoe vaak? Wanneer start je het meten? Wanneer eindig je het meten?
  Is dit vrijwillig of verplicht voor de behandelaar?)
- Indien **wel** uitgevoerd: Door wie wordt een periodieke check-up uitgevoerd?
  (Bijv. Wie is verantwoordelijk? Wordt hierin samengewerkt met verschillende disciplines?)
- Indien **wel** uitgevoerd: Is de periodieke check-up effectief? Op wat voor manier is de periodieke check-up effectief?
  (Bijv. Gevolgen in kaart brengen, contact behouden/niet uit het oog verliezen, preventie voor revictimisatie, etc.)

Toekomstwensen

- Indien **wel** uitgevoerd: Wat zijn de voordelen van de manier waarop check ups nu worden uitgevoerd?
- Indien **wel** uitgevoerd: Wat zijn de nadelen van de manier waarop check ups nu worden uitgevoerd?
- Hoe zouden periodieke check-ups uitgevoerd moeten worden?
  (Bijv. Bij wie zou je meten?
  Wat zou je meten?
  Voor hoe lang zou je meten en hoe vaak? Wanneer zou je het meten starten? Wanneer zou je het meten eindigen?
  Zou dit vrijwillig of verplicht moeten zijn voor de behandelaar?)
- Wie/welke instantie zou betrokken moeten worden en wie zou verantwoordelijk moeten zijn voor de uitvoering van periodieke check-ups?

Randvoorwaarden

- Wat zijn randvoorwaarden om een periodieke check-up uit te kunnen voeren?
  (Bijv. Samenwerking met andere partijen/organisaties,
  communicatie,
  privacywetgeving,
  duur open mogen laten staan van een dossier,
  overgang 18- naar 18+)
- Is er genoeg capaciteit voor check-ups?
  (Bijv. Genoeg personeel, tijd, geld, etc.)

Meerwaarde

- Wat zou voor jullie en voor de slachtoffers de meerwaarde zijn van een periodieke check-up?

Zijn er nog aspecten die we niet besproken hebben?

Afsluiting

- Laatste vragen/opmerkingen?
- Uitleg vervolg (verslag anoniem, feedback op geven, als iedereen akkoord is wordt de opname verwijderd)
- Volgende bijeenkomst
- Bedanken voor komst
- Vergoeding 100 euro
- Vragenlijst achtergrondinformatie invullen via de mail

Bijlage 7 - Verslag focusgroep 1.1

Verslag van de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de psychosociale en fysieke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Donderdag 24 april 2025

Aan deze focusgroep deden vier deelnemers mee met verschillende functies waaronder kinderarts, bestuurder, zorgcoördinator en hulpverlener. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Kenmerken van slachtoffers

Alle deelnemers geven aan in hun werk contact te hebben met slachtoffers die recent seksuele uitbuiting of seksueel misbruik hebben meegemaakt, maar ook slachtoffers voor wie dat langer geleden is en die nu pas onthullen wat ze hebben meegemaakt. De seksuele uitbuiting of het misbruik kan dus weken tot jaren geleden plaats hebben gevonden. Daarnaast kan het zo zijn dat, op het moment dat een kind misbruikt of uitgebuit wordt, ouders onthullen dat zij een vergelijkbaar iets hebben meegemaakt. Verder blijkt er soms ook bij broers of zussen een vergelijkbare situatie te spelen. Seksuele uitbuiting en seksueel misbruik komt dus regelmatig intergenerationeel voor.

"Wij zien daarin bijvoorbeeld ook de intergenerationele situaties terug. Wij zien vaak, ik zou het niet in cijfers kunnen uitdrukken, kinderen die worden aangemeld waarvan een van de ouders of een zus ook misbruik of uitbuiting hebben meegemaakt."

De achtergrond van het slachtoffer kan beschermend of risico verhogend werken volgens de deelnemers. In een collectivistische gemeenschap is er bijvoorbeeld meer kans op eerwraak en schaamte, zelfs als het netwerk verder erg steunend is. Ook lopen jongeren met een migratieachtergrond meer risico, omdat zij niet altijd toegang hebben tot de juiste hulpverlening, niet altijd de taal spreken, of de politie niet vertrouwen door eerdere negatieve ervaringen in het land van herkomst. Deze groep heeft bovendien weinig beschermende factoren. Echter, ook bij jongeren in gezinnen met veel beschermende factoren, zoals stabiliteit en warmte, kan seksuele uitbuiting of misbruik plaatsvinden.

"Wat we ook wel zien zijn slachtoffers die een heel steunend netwerk hebben, maar die niet kunnen delen dat ze in een uitbuiting situatie hebben gezeten, omdat de schaamte heel groot is, maar ook de kans op eerwraak aanwezig is."

Uit de werkervaring van de deelnemers blijkt dat de leeftijd en ontwikkelingsfase van de jongere belangrijk zijn voor de impact van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik op hun leven. Wanneer kinderen op jonge leeftijd misbruik meemaken lopen zij een groot risico op herhaling in de toekomst. Daarnaast beschikken jonge kinderen nog niet over de kennis en seksuele lading die wij geven aan deze gebeurtenissen. Slachtoffers erkennen ook niet altijd dat zij slachtoffer zijn. Ook worden de problemen die slachtoffers ervaren niet altijd geduid als gevolg van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik.

"We maken echt kinderen mee in de basisschoolleeftijd die bijvoorbeeld via chats en spelletjes, dat kan de politie achterhalen, in aanraking komen met volwassenen. Die kinderen hebben dan een foto gestuurd van hun vagina en zien het probleem helemaal niet. Want daardoor kregen ze een voordeel in dat spel. Zij kennen geen seksuele lading toe aan die handeling."

De deelnemers maken zich daarnaast zorgen over de invloed van rolmodellen op jongeren en hoe dit hen mogelijk kwetsbaarder maakt. Influencers zoals Andrew Tate en Bonnie Blue zouden een verkeerd voorbeeld geven aan jongeren waarin risicovol seksueel gedrag genormaliseerd wordt. Zo wordt er bijvoorbeeld een onrealistisch beeld geschetst over het geld dat verdiend kan worden aan het verkopen van seksuele beelden. Daarnaast worden er onrealistische verwachtingen geschapen betreffende het bezitten van dure spullen om erbij te horen. Deze invloeden zijn ouders en professionals niet tegen opgewassen. Dit bij elkaar maakt jongeren kwetsbaarder voor seksuele uitbuiting en seksueel misbruik.

"Ik zie ook meiden bij wie bepaald seksueel gedrag genormaliseerd is. Die meiden zien influencers die superveel geld verdienen met de verkoop van seks en foto's. Het is echter maar 1% die heel veel verdient. Dus dat is niet een realistisch beeld van het leven. En ook denk ik dat sociale media een grote rol speelt bij het gevoel dat als jij niet de duurste jas en de duurste schoenen hebt, dat je er niet bij hoort. Om dat te kunnen krijgen, moeten ze klusjes gaan doen in de seksuele of criminele richting."

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Volgens de deelnemers hangt de ernst van de gevolgen onder andere samen met de duur en frequentie van de seksuele uitbuiting en het misbruik. Harde conclusies trekken zij hier echter niet over, omdat er ook voorbeelden zijn waarin een slachtoffer meer traumaklachten heeft na een eenmalige gebeurtenis dan een ander slachtoffer bij een langdurige situatie.

"Maar dat zegt soms denk ik meer iets over dat sommige kinderen zo chronisch getraumatiseerd zijn op meerdere leefgebieden dat die bijna minder trauma klachten geven op dat misbruik dan iemand die eenmalig iets heeft meegemaakt. Dus het is echt heel ingewikkeld om daar een vergelijking op te maken."

Hoe een jongere reageert op seksuele uitbuiting of misbruik hangt volgens de deelnemers ook deels samen met wie de pleger is. Plegers kunnen onder andere verschillen in leeftijd en in hun relatie met het slachtoffer. Het is voor een slachtoffer en de omgeving makkelijker om boos te worden op een onbekende pleger. Met een bekende pleger zijn er namelijk, naast de seksuele uitbuiting of het misbruik, ook leuke herinneringen. Het is voor ouders bovendien vaak lastiger om te erkennen dat hun kind pleger is dan dat hun kind slachtoffer is. Voor een gezin kan het dus extra lastig zijn als het slachtoffer en de pleger onder hetzelfde dak wonen. Daarnaast zijn sommige plegers zelf ook slachtoffers. Ook geven de deelnemers aan dat er sneller aan victim blaming gedaan wordt wanneer de pleger een leeftijdsgenoot is dan een ouder persoon.

"Ik denk ook dat we als maatschappij daar heel anders naar kijken. Want als het inderdaad een oudere man is op het Habbo Hotel die een jong kind vraagt om een naaktfoto, dan vinden we daar allemaal iets van. Maar als het een jongen is van dezelfde leeftijd of een meid van dezelfde leeftijd op de middelbare school, dan wordt er inderdaad heel vaak gezegd "ja, maar jij had het niet moeten sturen". Dus er wordt ook nog heel vaak bij

degene die het doorgestuurd heeft de hand boven het hoofd gehouden."

De deelnemers geven aan dat online seksuele uitbuiting en misbruik andere gevolgen met zich meebrengen. Zo kunnen beelden in een korte tijd veel mensen bereiken. Na exposing van een jongere weten bijvoorbeeld alle jongeren van de middelbare school, of zelfs van meerdere scholen in de buurt, ervan af. Daar komt nog bij dat het exposen voorbij kan lijken te zijn, maar de beelden op een later moment opnieuw rondgestuurd worden. De beelden die een ander of de jongere zelf maken kunnen vervolgens worden ingezet als chantagemiddel om de jongere uit te buiten. Het kan ook lastiger zijn om bewijs te verzamelen, omdat bepaalde beelden en berichten binnen 24 uur automatisch verdwijnen, zoals op Snapchat. Daarnaast kan het voor ouders lastig zijn om ervoor te zorgen dat de onlinewereld van hun kind veilig blijft, ook wanneer elektronica afpakken en verbieden niet werkt.

"Op sociale media inzetten is voor mensenhandel preventief, en richt zich vooral op slachtoffers van exposing. We zien dat daardoor de hele middelbare school wordt beïnvloed. Want iedereen op school weet hiervan, maar van seksueel misbruik binnenshuis niet."

Psychosociale gevolgen

Slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik ervaren volgens de deelnemers veel verschillende psychosociale gevolgen. Zo ervaren slachtoffers bijvoorbeeld angstklachten, stemmingsklachten, traumaklachten (waaronder herbelevingen), dissociatieve klachten en concentratieproblemen. Daarnaast voelen slachtoffers weinig zelfvertrouwen, veel schaamte, en veel schuldgevoelens. Slachtoffers krijgen daarbij ook te maken met victim blaming. Zeker bij online vormen van uitbuiting en misbruik komen deze gevolgen veel voor. Dit omdat de slachtoffers soms zelf materiaal hebben gestuurd en daarna te maken krijgen met victim blaming. De verantwoordelijkheid voor exposing of sextortion wordt dan onterecht bij het slachtoffer gelegd. Om met de seksuele uitbuiting of het misbruik om te gaan ontwikkelen slachtoffers soms maladaptieve copingstrategieën, zoals automutilatie. Andere slachtoffers ontwikkelen eetproblemen (bijvoorbeeld anorexia cognities), omdat dit een van de weinige dingen is waarbij ze nog een gevoel van controle hebben. Anderen willen juist de realiteit ontvluchten en gaan daarom middelen gebruiken, wat kan resulteren in een verslaving.

"De schaamte en schuld is en blijft natuurlijk een heel groot gevolg ook bij online exposing of sextortion. Dit omdat je natuurlijk bij die slachtoffers ook vaak ziet dat zij zelf materiaal hebben gestuurd en daarmee vervolgens worden geëxposed. Daarbij ligt er ook, als je het heel zwart wit bekijkt, meer verantwoordelijkheid bij het slachtoffer door het sturen van beelden. Tenminste, zo wordt het gezien door de maatschappij. Dat is natuurlijk niet zo."

De deelnemers geven ook aan dat veel slachtoffers problemen ervaren in hun netwerk. Binnen het gezin ervaren ouders bijvoorbeeld handelingsverlegenheid of wanhoop, omdat ze niet meer weten wat ze moeten doen om hun kind te helpen. Ook kan er een loyaliteitsconflict ontstaan als de pleger een bekende is van het gezin. De deelnemers geven daarna aan dat de reactie van de omgeving soms schadelijker, pijnlijker, of grotere gevolgen heeft dan het misbruik zelf. Een steunende omgeving kan een belangrijke beschermende factor zijn, ook al kan een slachtoffer na een behulpzame reactie nog steeds vastlopen. Het gaat hierbij niet alleen om de reactie van gezinsleden, maar bijvoorbeeld ook van de (zeden)politie en van vrienden. Sommige slachtoffers worden

bijvoorbeeld gepest op school of worden laten vallen door hun vrienden. Dit alles kan ertoe leiden dat een slachtoffer vereenzaamd en het vertrouwen verliest in de mensen om zich heen, de hulpverlening, en de mensheid.

"Een begrijpelijke reactie vanuit ouders is soms de vrijheden van een slachtoffer gaan beperken. Ze gaan bijvoorbeeld ingrijpen op de hoeveelheid sociale media of zorgen dat ze niet meer een telefoon tot hun beschikking hebben. Hierdoor ligt dat isolement ook op de loer. Ouders weten soms ook echt niet meer hoe ze hiermee om moeten gaan."

De gevolgen kunnen voor slachtoffers doorwerken op vele levensgebieden volgens de deelnemers. Zo kunnen slachtoffers te maken krijgen met schooluitval, schulden, werkloosheid of het frequent wisselen van baan, of problemen met de huisvesting (waaronder regelmatig verhuizen).

"Het is heel casus afhankelijk, maar als ik dan naar mijn eigen caseload kijk, dan zie ik dat best wel veel. Dat ze het lastig vinden om na een periode van seksuele uitbuiting een baan te vinden, en vooral een vaste baan te houden. Daarin is echt wel veel verloop en zie je ook dat ze regelmatig uitvallen. Het lukt niet om iets voor op lange termijn of iets duurzaams te vinden. En dat zie je op veel vlakken in hun leven. Dus op het gebied van relaties zie je dat het moeilijk is om een vaste relatie te houden, op gebied van werk, maar ook op het gebied van wonen. Ze kunnen best wel veel verhuizen."

Volgens de deelnemers zijn er ook gevolgen merkbaar in de seksuele ontwikkeling van slachtoffers. Zo zijn er slachtoffers die rond de puberleeftijd vragen krijgen rondom hun geaardheid of gender. Ook kunnen slachtoffers moeite hebben met het aangeven van hun grenzen. Dat kan deels komen doordat de slachtoffers het misbruik gewoon zijn gaan vinden of niet (meer) weten wat normaal is. Sommige slachtoffers gaan ook (rond de puberleeftijd) risicovol gedrag vertonen, zoals zichzelf online aanbieden. Dit doen zij bijvoorbeeld omdat zij graag gezien willen worden of erbij willen horen. Uitbuiters maken hier misbruik van door ze de aandacht te geven die ze thuis missen. Sommige slachtoffers vinden het ook moeilijk om na seksuele uitbuiting of misbruik een vaste relatie te behouden of om een nieuwe relatie en intimiteit aan te gaan. Het kan wel helend zijn voor slachtoffers wanneer zij een gezonde relatie ervaren waarin er sprake van consent is, er de tijd genomen wordt om de intimiteit fijn te laten zijn en er onderling begrip is.

Lichamelijke gevolgen

Veel van de lichamelijke gevolgen die slachtoffers ervaren houden volgens de deelnemers verband met de psychische gevolgen. Zo hebben veel slachtoffers last van onverklaarbare (psychosomatische) klachten, zoals buikpijn, hoofdpijn en rugpijn. Het langdurig verhoogde stressniveau kan bovendien zorgen voor spanningsklachten in het lijf, een verhoogde bloeddruk, en een ander verloop van de hersenontwikkeling (bijvoorbeeld ander hersenvolume en andere verbindingen in de hersenen). Daarnaast kunnen slachtoffers last krijgen van zindelijkheidsproblematiek, waarbij ze ineens weer in bed plassen of juist de ontlasting niet meer durven loslaten.

"Als ik het wat meer algemeen trek, dan kennen we natuurlijk wel de ACE-studies (van de adverse childhood events). Hierin zien we dat als een kind hartstikke jong is, en het brein in ontwikkeling is, dat bij chronische,

langdurige blootstelling aan toxische stress, dat de hersenen zich echt anders ontwikkelen. Dat je andere hersenvolume krijgt en dat je andere verbindingen krijgt in de hersenen. Hierdoor verloopt de ontwikkeling anders en zien we ook ander gedrag wat veel meer risico's geeft. Dus een jong kind wat misbruikt is, wat zichzelf aanbiedt op het internet, dat zijn allemaal gevolgen die ook naar de biologie terug te leiden zijn."

De deelnemers geven ook aan dat slachtoffers vaak last hebben van slaapproblemen, nachtmerries en vermoeidheid. Het niet proberen te denken aan wat ze hebben meegemaakt, kan erg vermoeiend zijn voor slachtoffers.

"Slaapproblemen en nachtmerries zien we […] veel, zoals een omgedraaid dag-nachtritme. Voor die slaapproblemen gaan ze dan bijvoorbeeld naar een kinderpsychiater voor slaapmedicatie. Maar dat werkt natuurlijk allemaal niet, want dat is symptoombestrijding."

Verder benoemen deelnemers dat slachtoffers soms minder goed voor zichzelf gaan zorgen en bijvoorbeeld gewicht verliezen. Maar ook door middelengebruik kunnen er lichamelijke klachten ontstaan, zoals uitval- of verlammingsverschijnselen.

"Je hebt ook meiden die, als coping, verslaafd zijn en die ook na uitbuiting verslaafd blijven. Daardoor krijgen ze lichamelijke klachten. Slachtoffers van met een lachgas verslaving tonen bijvoorbeeld uitvalsverschijnselen of verlammingsverschijnselen."

Ook benadrukken de deelnemers dat slachtoffers letsels (e.g., genitale wonden), SOA's (e.g., HIV) en ontstekingen (e.g., van de eierstokken) kunnen oplopen. Slachtoffers kunnen ook pijn hebben tijdens het vrijen en staan soms niet goed meer in contact met hun lijf. Verder krijgen slachtoffers soms bijwerkingen van hun medicatie, zoals leverfunctiestoornissen. Die bijwerkingen moeten worden gemonitord waarvoor bloed moet worden geprikt.

"Kinderen die risico contact hebben gehad moeten meermaals bloed laten prikken en genitale swabs laten afnemen om te kijken of er een SOA is opgelopen, want we doen geen profylaxe behandeling met antibiotica. Dus dat is allemaal super lichamelijk en soms is er sprake van prikangst. Vaak krijgen we ook de vraag of het niet onder narcose kan, maar dat doen we absoluut niet, want we willen niet dat het kind nóg een keer de controle verliest. Ik heb een meisje in behandeling met herpes. Dat is een soort koortslip, maar dan aan je schaamlippen. Dat heeft ze gekregen door een verkrachting en dat is mega pijnlijk en dat houdt ze haar hele leven. Dus er zijn ook wel echt SOA's die recidiverende pijnklachten geven. Er kan ook letsel zijn ontstaan na seksueel misbruik wat ook gevolgen kan hebben. Moet dat bijvoorbeeld gehecht worden op de OK? Dat komt zelden voor, maar het komt ook zeker wel voor."

Tot slot geven deelnemers aan dat slachtoffers zwanger kunnen raken, een zwangerschap moeten termineren of in zeldzame gevallen zelfs onvruchtbaar zijn geworden.

"In het ernstigste geval is er een zwangerschap die getermineerd moet worden. Dit zijn allemaal dingen die kinderen ook lichamelijk moeten doorstaan."

Behandeling

Hoe een behandeling eruitziet hangt volgens de deelnemers af van de persoon, omdat iedereen anders reageert op seksuele uitbuiting of misbruik en dus ook andere behoeften heeft in de behandeling. Daarnaast hangt de behandeling af van de leeftijd en ontwikkeling van een kind. Jonge kinderen hebben namelijk minder kennis over seksualiteit dan oudere jongeren. Het kan dus zijn dat er op een later moment nieuwe vragen ontstaan, wanneer het slachtoffer meer informatie heeft over wat er gebeurd is. Het kan dan nuttig zijn om psycho-educatie te geven aan de jongere, maar op een eerder moment kan ook dit ook gegeven worden aan het netwerk, waaronder ouders, grootouders of leerkrachten. Er wordt dus systemisch gewerkt, maar daarbij blijkt hulp vinden voor een slachtoffer makkelijker dan voor een pleger.

"Bij de slachtoffers die bij ons worden aangemeld werken wij systemisch, zeker als er sprake is van incest. Gelukkig hebben we ook collega's die ook vanuit de pleger aanpakken. Maar het is echt makkelijker om voor een slachtoffer hulp te krijgen dan in eenzelfde gezin voor een vermoedelijke pleger."

Kennishiaten & vervolgonderzoek

Om iets te kunnen zeggen over de Nederlandse populatie, is er meer onderzoek nodig naar de verschillen in gevolgen tussen casussen met een bekende versus onbekende pleger, en met een verschillende frequentie en duur van misbruik. Hierbij zou rekening gehouden moeten worden met vele confounders, de ontwikkeling en het biopsychosociale model. Bovendien zou dit onderzoek moeten kijken vanuit welke gevolgen er allemaal zijn, om die vervolgens terug te stratificeren naar het type misbruik of uitbuiting dat heeft plaatsgevonden. Dit onderzoek zou zich dan ook moeten richten op of het gaat om een causaal verband of enkel een correlatie.

Door middel van onderzoek naar de lichamelijke gevolgen van seksueel misbruik en seksuele uitbuiting zou meer zicht kunnen ontstaan op welke symptomen, klachten en ziektes er voorkomen en hoe vaak deze optreden. Deze informatie kan bijdragen aan het ontwikkelen van doelgerichte en gepersonaliseerde behandelvormen, waardoor slachtoffers in de toekomst beter geholpen kunnen worden.

Ook is er meer onderzoek nodig naar de slachtoffers die geen psychosociale zorg ontvangen; de minder heftige casuïstiek. Met name onderzoek naar welke psychosociale gevolgen deze slachtoffers ervaren. Dat zouden dezelfde gevolgen kunnen zijn op een lager niveau, maar ook heel andere gevolgen.

Daarnaast is er meer onderzoek nodig naar jonge plegers. Zij zijn soms ook slachtoffer en het gedrag kan verschillende oorzaken hebben.

Verder is er een groot deel slachtoffers wat niet in behandeling komt of waarvan we niet weten dat zij slachtoffer zijn. Onderzoek zou mogelijk kunnen uitwijzen wat de reden is dat zij niet in de zorg terecht komen. Mogelijk zijn er dingen die goed gaan bij deze groep zoals een copingsstrategie of beschermend systeem, waardoor de slachtoffers goed kunnen functioneren of jaren later pas klachten ontwikkelen. In een follow-up zou gekeken kunnen worden of het risico op ernstige klachten voorspeld kan worden aan de hand van deze beschermende factoren. Onderzoek zou zich dus ook moeten richten op het gezonde stuk van de seksuele

ontwikkeling in de maatschappij, zoals Rutgers deels doet.

Er zou ook onderzoek gedaan moeten worden naar de taal van kinderen en jongeren, waaronder het gebruik en de betekenis van emojis. Daarbij zou gekeken moeten worden naar bijvoorbeeld profielen op Snapchat en TikTok.

Er zouden meer pilots gedaan moeten worden waarbij er vanaf de start bij de zedenpolitie een slachtofferadvocaat aansluit. Een lopende pilot bij een van de deelnemers resulteert in positieve ervaringen van ouders. Het aangifteproces kan namelijk traumatisch zijn. Er mag meer aandacht zijn voor de positie als slachtoffer, waaronder het spreekrecht en het inzien van stukken.

Tot slot zou er meer onderzoek gedaan moeten worden naar wat kinderen extra kwetsbaar maakt voor seksuele uitbuiting en misbruik. Hierbij zou gekeken moeten worden naar de kenmerken en context van slachtoffers, maar ook naar wat hulpverleners doen. Waarbij het niet primair gaat om de ervaringen van een hulpverlener, maar om onderbouwd handelen om kwaliteit te waarborgen. Er zou in onderzoek niet alleen gekeken moeten worden naar hoe goed een protocol geïmplementeerd is, maar ook naar wat het oplevert voor het kind.

"We moeten als behandelaren niet wegkijken van onze eigen handelingen. Want iedereen zit hier iedere dag aan tafel met de beste bedoelingen, en je doet dit werk niet als je er niet een hart voor hebt."

Codering 1.1

Tabel 1.1.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Leeftijd/ontwikkelingsfase	9
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	6
Aangifte/rechtszaak	5
Normalisatie/rolmodellen	4
Achtergrond gezin	3
Achtergrond migratie	2
Erkennen slachtofferschap	2
Intergenerationele overdracht	2
Achtergrond cultuur	1
Duiding problematiek	1
Eerdere ervaringen/revictimisatie	1
Taal	1
Zorgmijding	1
Totaal	**38**

Tabel 1.1.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Online/offline	13
Pleger	9
Duur	3
Bereik	2
Frequentie	2
Opnieuw naar boven komen	1
Totaal	**30**

Tabel 1.1.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Variatie gevolgen	4
Leefgebieden	3
Totaal	**7**

Tabel 1.1.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Reactie omgeving	8
Seksuele ontwikkeling	8
Trauma/PTSS	8
Schooluitval	7
Relaties	6
Schaamte	4
Angst	3
Eetproblemen	3
Handelingsverlegenheid/wanhoop ouders	3
Risicovol gedrag	3
Schuldgevoelens	3
Victim blaming	3
Vrienden	3
Werk	3
Concentratieproblemen	2
Dissociatie	2
Familieproblemen	2
Grenzen aangeven	2
Huisvesting	2
Isolatie/eenzaamheid	2
Verlies van vertrouwen	2
Verslaving/middelengebruik	2
Automutilatie	1
Financiën	1
Geaardheid vragen	1
Geheimhouding	1
Gender vragen	1
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	1
Pesten	1
Stemmingsklachten	1
Veiligheid verliezen	1

Zelfvertrouwen/zelfbeeld	1
Totaal	**91**

Tabel 1.1.5

Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Vermoeidheid	4
Zelfverzorging	3
Bloedprikken	2
Buikpijn	2
Gewicht	2
Hoofdpijn	2
Slaapproblemen/nachtmerries	2
SOA's	2
Spanning in lijf	2
Wonden/letsel	2
Zindelijkheidsproblemen	2
Abortus	1
Bijwerkingen medicatie	1
Bloeddruk verhoogd	1
Contact met lijf	1
Hersenontwikkeling	1
Ontstekingen	1
Onvruchtbaarheid	1
Pijn bij vrijen	1
Psychosomatisch	1
Rugpijn	1
Stressniveau verhoogd	1
Verlammen/uitvallen	1
Vitaminetekort	1
Zwangerschap	1
Totaal	**39**

Tabel 1.1.6

Behandeling

Code	Aantal
Maatwerk	3
Systeemgericht	3
Klachten verlichten	1
Psycho-educatie	1
Totaal	**8**

Bijlage 8 - Verslag focusgroep 1.2

Verslag van de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de psychosociale en fysieke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Maandag 28 april 2025

Aan deze focusgroep deden vijf deelnemers mee met verschillende functies waaronder jeugd- en gezinsprofessional, projectleider bij een kenniscentrum, psycholoog, psychomotorisch therapeut, systeemtherapeut en onderzoeker. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Kenmerken van slachtoffers

Veel van de deelnemers geven aan in hun werk contact te hebben met slachtoffers die recent seksuele uitbuiting of seksueel misbruik hebben meegemaakt, maar ook slachtoffers voor wie dat langer geleden is en die nu pas onthullen wat ze hebben meegemaakt. Een aantal van de deelnemers werkt voornamelijk met de groep slachtoffers voor wie de uitbuiting of het misbruik al wat langer geleden was. Het komt soms ook voor dat een slachtoffer een onthulling doet bij een hulpverlener, terwijl de familie van niets afweet. Een belangrijke factor voor het onthullen van een dergelijke gebeurtenis is volgens de deelnemers of de pleger een bekende is of niet. Bij een bekende pleger kan het lastiger zijn om te vertellen wat er gebeurd is dan bij een onbekende pleger. Belangrijke redenen hiervoor zijn het loyaliteitsconflict, de aanwezigheid van die persoon in je directe omgeving, en de positieve ervaringen die het slachtoffer en diens omgeving ook hebben met de pleger.

"Ik denk dat slachtoffers minder snel om hulp vragen, omdat wanneer je vertelt dat er misbruik heeft plaatsgevonden door iemand in je omgeving, er niet alleen iets gebeurt tussen jou en die persoon, maar ook binnen het hele gezin of de omgeving. Ik denk dat dat de drempel verhoogt en meer spanningen met zich meebrengt voordat je die drempel over gaat, dan als het iemand is die kilometers van je weg is."

De achtergrond van het slachtoffer kan beschermend of risico verhogend werken volgens de deelnemers. Zo zijn er bepaalde culturele achtergronden waar seks voor het huwelijk niet is toegestaan of een meisje niet zonder hoofddoek gezien mag worden. Bewijs van dat dit toch gebeurd is, ook al was dit met tegenzin, kan dan veel angst oproepen bij slachtoffers. Daarnaast maakt het uit in wat voor gezin je bent opgegroeid, denk bijvoorbeeld aan stabiliteit, hechting en opvoeding. Maar ook of praten over seks taboe is of niet. Als praten over een gezonde seksuele ontwikkeling al taboe is, kan het extra lastig zijn om te praten over negatieve seksuele ervaringen.

"Er zijn ook soms slachtoffers in bepaalde culturen waar ze het gevoel hebben niks te kunnen zeggen. Want als jij bent van een cultuur waar je nog geen seks mag hebben voor het huwelijk, maar je hebt al een SOA, dan weet meteen iedereen dat je seks hebt gehad voor het huwelijk. Dat heeft heel veel gevolgen."

De deelnemers benoemen dat er ook vaak sprake is van intergenerationele overdracht, waarbij andere familieleden ook te maken hebben gehad met nare seksuele ervaringen. Hierdoor wordt mogelijk niet goed doorgegeven hoe je op moet merken dat je de seksuele handelingen eigenlijk niet prettig vindt en hoe je

spanning moet reguleren. Dit maakt het extra lastig voor de slachtoffers om hun grenzen aan te geven.

"Wat wij vaak terugzien is dat er een intergenerationeel trauma speelt. Dat er een verleden is in de familie op seksueel gebied. Het is niet altijd precies hetzelfde, maar dan hebben ze toch ergens niet de gezonde grenzen geleerd. Ze hebben niet geleerd dat ze op hun gevoel mogen vertrouwen of dat is in het verleden ook op andere vlakken niet goed aangevoeld en gehonoreerd. Eigenlijk weten ze dan niet zo goed, vind ik dit nu wel of niet fijn? Dat zien wij ook wel vaker, dat ze de eerste drie keren nog blanco stemmen, en eigenlijk de vierde keer pas goed weten van ja eigenlijk wil ik dit niet, maar ja, wat nu? Kan ik nu nog nee zeggen?"

Uit de werkervaring van de deelnemers blijkt dat de leeftijd en ontwikkelingsfase van de jongere belangrijk zijn voor de impact van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik op hun leven. Wanneer kinderen op jonge leeftijd misbruik meemaken lopen zij een groot risico op negatieve gevolgen, onder andere omdat ze nog weinig copingvaardigheden hebben geleerd en nog niet de juiste kennis hebben om te weten wat wel of niet hoort. Ook worden de problemen die slachtoffers ervaren niet altijd geduid als gevolg van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik. Dit geldt niet alleen voor jonge slachtoffers, maar ook voor slachtoffers met een lichtverstandelijke beperking. Die hebben vaak moeite met het verwoorden van wat hen is overkomen en hebben weinig kennis van seksualiteit.

"Ik denk ook dat de leeftijd waarop het gebeurt belangrijk is. Als het in de kindertijd gebeurt, dan zijn de gevolgen wel degelijk groter dan wanneer je al wat coping vaardigheden hebt, of als je al wat ouder bent en weet hoe je met bepaalde situaties om moet gaan, dan als je kind bent. [...] Maar het is niet helemaal aan leeftijd gekoppeld, want ik werk met mensen met een licht verstandelijke beperking, en die hebben ook niet altijd alle vaardigheden. [...] Mensen met een verstandelijke beperking, hebben moeite met het überhaupt verwoorden van wat ze is overkomen. Zeker omdat hun kennis van seksualiteit of intieme relaties überhaupt al vrij oppervlakkig is of er zelfs niet is."

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Volgens de deelnemers hangt de ernst van de gevolgen niet per definitie samen met de frequentie van de seksuele uitbuiting en het misbruik. Een eenmalige gebeurtenis kan net zoveel leed veroorzaken bij een slachtoffer als wanneer hij of zij dit vijf keer had meegemaakt. Het zou wel kunnen volgens de deelnemers dat er sneller een onthulling plaatsvindt bij een eenmalige gebeurtenis en dat het herstelproces anders is.

"Ik denk dat de gevolgen en het proces wel gelijk kunnen lopen. Het is natuurlijk allemaal afhankelijk van de gebeurtenis en situatie van seksueel misbruik. [...] Ik denk dat het net zo erg is als een slachtoffer door één persoon verkracht is als door vijf personen. Ja, je hebt dat vijf keer meegemaakt, maar de persoon die het één keer heeft ervaren heeft net zoveel leed en pijn meegemaakt. Misschien dan wel maar één keer, maar je lichaam reageert. Die ene keer was ook niet fijn. Dus ik denk dat dat niet verschilt."

Hoe een jongere reageert op seksuele uitbuiting of misbruik hangt volgens de deelnemers ook deels samen met wie de pleger is. Plegers zijn vaak bekenden van het slachtoffer. Dit maakt het voor een slachtoffer niet alleen lastiger om de gebeurtenis te onthullen, maar ook om hulp te vragen en ervan te herstellen. Een slachtoffer kan daarbij te maken krijgen met een loyaliteitsconflict. Daarnaast zijn er ook leeftijdsgenoten die plegers kunnen

zijn, bijvoorbeeld uit onwetendheid bij een lichtverstandelijke beperking.

"Misbruik gebeurt heel vaak binnen een bekende relatie, wat het echt heel ingewikkeld maakt. Iemand staat bijvoorbeeld op een voetstuk of heeft ook hele positieve kanten. En ja, hoe rijm je dat met elkaar? Slachtoffers zijn vaak afhankelijk. Vandaar dat mensen met een licht verstandelijke beperking het nog vaker meemaken. Zij zijn afhankelijk van heel veel verschillende mensen van wie ze hulp moeten krijgen. Hierdoor is de kans dat dat ook wel eens misgaat groter."

De deelnemers geven aan dat online seksuele uitbuiting en misbruik andere gevolgen met zich meebrengen en vaak voorkomt bij de jongere generatie. Slachtoffers kunnen snel in een afhankelijkheidspositie worden gebracht door angst voor het verspreiden van beeldmateriaal. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van AI, maar ook echte foto's kunnen uit hun context worden gehaald. Daarnaast kunnen de beelden in een korte tijd veel mensen bereiken. Ook kunnen de slachtoffers via hun mobiel continu bereikt worden door de pleger, wat resulteert in een continue spanning en angst.

"Ik werk ook op een middelbare school. Daar is een meisje bij wie een jongen de deur van de kleedkamer van het gymlokaal heeft open gemaakt, en een foto heeft gemaakt toen het meisje zich net aan het omkleden was. Die foto is helemaal verspreid en dat heeft veel grote gevolgen gehad. Als deze jongen als doel had gehad om te gaan chanteren en uitbuiten was hem dat ook gelukt. Want hij heeft een foto van haar in de bh en de context dat weet niemand. Dus als die jongen had gezegd ja je hebt je kleren uitgedaan en hebt wat seksuele handelingen verricht, dan weet niemand of dat waar is. Eén klik en de foto is naar duizend mensen gestuurd."

Psychosociale gevolgen

Slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik ervaren volgens de deelnemers veel verschillende psychosociale gevolgen, waarbij het varieert van persoon tot persoon of dit op lange of korte termijn gebeurt. Zo ervaren slachtoffers bijvoorbeeld agressie, angstklachten, stemmingsklachten, traumaklachten (waaronder triggers, zoals een bepaalde geur), dissociatieve klachten, concentratieproblemen en een verlies van een gevoel van veiligheid. Voorbeelden van angsten die slachtoffers kunnen hebben zijn de angst om verlaten te worden, om niet leuk gevonden te worden, om afgewezen te worden, om niet geaccepteerd te worden, of om niet geloofd te worden. Daarnaast voelen slachtoffers weinig zelfvertrouwen, veel schaamte, en veel schuldgevoelens. Slachtoffers schamen zich soms bijvoorbeeld wanneer hun lichaam een lichamelijke reactie gaf tijdens de gebeurtenis. Slachtoffers krijgen ook vaak te maken met victim blaming.

"Slachtoffers vragen zich af of ze niet iets hadden kunnen doen waardoor het toch niet was gebeurd. Want heel veel mensen doen ook aan een stukje victim blaming, second rape. Dat gebeurt ook heel vaak bijvoorbeeld bij een uitbuitingssituatie. 'Ja, maar je had toch gewoon de deur uit kunnen lopen?' Ja, in praktische zin kunnen ze dat misschien inderdaad, maar heel veel mensen zien dan niet in dat er toch een bepaalde greep is op het mentale stukje waardoor ze niet zomaar weg kunnen lopen."

Om met de seksuele uitbuiting of het misbruik om te gaan ontwikkelen slachtoffers soms maladaptieve copingstrategieën, zoals automutilatie, vermijding of terugtrekken. Sommige slachtoffers ontwikkelen ook suïcidale gedachten. Andere slachtoffers ontwikkelen eetproblemen, omdat dit een van de weinige dingen is

waarbij ze nog een gevoel van controle hebben of even niets hoeven te voelen. Anderen willen niet voelen of praten door middelen te gebruiken, wat kan resulteren in een verslaving. Er zijn echter ook slachtoffers die zich vast gaan bijten in hun school, studie of werk.

"Die eetstoornis, dat is natuurlijk ook een soort van verdoven. Een manier van omgaan met wat er gebeurd is, met de stress, met de spanning. Om niet te hoeven voelen. Sommige mensen denken dat het gaat om het eten, maar het gaat natuurlijk niet om het eten. Het gaat juist om die emoties. Juist om het niet voelen. Even de controle terugpakken."

De deelnemers geven ook aan dat veel slachtoffers problemen ervaren in hun netwerk, ook op lange termijn. Er kan bijvoorbeeld een loyaliteitsconflict ontstaan als de pleger een bekende is. De deelnemers geven daarnaast aan dat een (onbewust) verkeerde reactie van de omgeving grote gevolgen heeft op het slachtoffer. Het maakt dat een slachtoffer onder andere het gevoel krijgt niet te kunnen praten over wat er gebeurd is. Dit alles kan ertoe leiden dat een slachtoffer vereenzaamd en het vertrouwen verliest in de mensen om zich heen.

"Sommigen doen alsof alles oké is en hun leven lijkt rozengeur en maneschijn. Terwijl anderen zich helemaal gaan isoleren en al het contact gaan vermijden, omdat ze geen vertrouwen meer hebben in de andere mensen. Want seksueel misbruik gebeurt vaak in huiselijke sfeer. Dus het zijn de mensen die ze juist vertrouwen of die vertrouwd worden door de omgeving. Het kan zijn dat ze contact met andere mensen vermijden om niet nog een keer slachtoffer te kunnen worden."

De gevolgen kunnen voor slachtoffers doorwerken op vele levensgebieden volgens de deelnemers. Zo kunnen slachtoffers te maken krijgen met schooluitval en achteruitgang van schoolprestaties. Er kunnen ook gevolgen zijn op financieel gebied, maar deelnemers geven aan dat er dan vaak meer dingen spelen naast de seksuele uitbuiting of het misbruik zoals bijvoorbeeld een verslaving. Daarnaast geldt zowel voor de financiële situatie als voor de schoolprestaties dat deze bijvoorbeeld wel goed kunnen zijn als een slachtoffer zich als coping volledig op werken of studeren stort, of uiteindelijk het trauma weet te verwerken met behulp van een behandeling. Verder geven deelnemers aan dat er andere problemen op werk kunnen spelen zoals het niet om kunnen gaan met autoriteit/hiërarchie, niet kunnen samenwerken met een collega van het andere geslacht, zich niet veilig voelen, tegenkomen van triggers, zich bekeken voelen, of het niet tegen aanrakingen of het dichtbij komen van iemand kunnen.

"Ik denk dat het ook te maken heeft met dat er dan onbewust trauma triggers getriggerd worden, waarvan ze dan misschien nog niet bewust zijn dat dit ze herinnert aan de gebeurtenis. Ik heb laatst een cliënt gehad, zij werkte bij een supermarkt en haar manager droeg dezelfde deodorant als de persoon die haar heeft misbruikt. En dat triggert haar heel erg, maar ze was zich er niet bewust van dat dat die deodorant was. Want ze zei 'Ja, die meneer is heel lief tegen mij, ik snap het niet, maar er gebeurt iets met mij en dan word ik gewoon helemaal boos.' [..] Dus het zijn ook de onbewuste triggers die iemand misschien activeert door gedrag, stemgebruik, geur, klederdracht of een manier van lopen."

Volgens de deelnemers zijn er ook gevolgen merkbaar in de seksuele ontwikkeling van slachtoffers. Zo zijn er slachtoffers die moeite hebben met het aangeven van hun grenzen. Dat kan deels komen doordat de slachtoffers andere mensen gaan volgen of geen gezonde grenzen hebben (geleerd). Sommige slachtoffers gaan ook risicovol gedrag vertonen, terwijl andere slachtoffers het juist moeilijk vinden om na seksuele uitbuiting of

misbruik een nieuwe, gezonde relatie en intimiteit aan te gaan. Het kost dan veel tijd om zich open te durven stellen en vertrouwen op te bouwen. Zelfs als het lukt om een fijne relatie op te bouwen kan het nog steeds spannend blijven waardoor seks mentaal en/of fysiek niet fijn is.

"Of juist helemaal tegenovergesteld, dat ze helemaal all-in gaan. Dat je je weer afvraagt waar zijn de grenzen? Bescherm je jezelf wel? Dat je denkt dit is gevaarlijk. Dan gaan ze zich helemaal overgeven aan een nieuwe partner en dan komen ze ook weer in een bepaalde kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Die partner heeft dan eigenlijk alle touwtjes in handen, want daar voelt zij zich op dat moment zo gelukkig bij. En dat kan als het een goede partner is, maar als je dan weer iemand hebt die daar misbruik van kan en wilt maken, dan zit je weer heel snel eenzelfde soort schuitje."

Tot slot, als een slachtoffer ongewenst zwanger wordt, kan de schuld bij het slachtoffer worden gelegd. Zeker als de pleger een bekende is. Er wordt dan bijvoorbeeld gezegd dat het slachtoffer met veel mensen het bed heeft gedeeld, terwijl het slachtoffer in werkelijkheid misbruikt is. Ook kan het voorkomen dat een slachtoffer dan het kind af moet staan. Als een slachtoffer het kind wel houdt, dan kan hij of zij onbewust bepaalde dingen niet goed aanleren, zoals hoe je stress en spanning in je lijf herkent en hoe je hiermee omgaat, of wat gezonde grenzen en relaties zijn. Dit soort dingen worden namelijk ook vaak op non-verbale wijze aangeleerd.

"Ik denk dat elke ouder het beter wil doen dan hun ouder heeft gedaan. Maar als je niet weet hoe het anders moet dat je misschien bepaalde dingen toch onbewust niet goed aanleert of goed meegeeft. [...] Deze meisjes krijgen dan misschien ook kinderen en ook deze kinderen voelen het trauma van moeder. Als een moeder niet goed weet waar goede grenzen liggen, hoe kan je dan jouw kind goed uitleggen waar gezonde grenzen zijn? En lukt het die moeder dan ook om gezonde relaties aan te gaan? Of blijft deze moeder ook in ongezonde relaties? Hou je dan een bepaald patroon onbewust in stand?"

Lichamelijke gevolgen

Veel van de lichamelijke gevolgen die slachtoffers ervaren houden volgens de deelnemers verband met de psychische gevolgen. Zo hebben veel slachtoffers last van onverklaarbare (psychosomatische) klachten, zoals buikpijn. Slachtoffers hebben ook vaak last van spierspanning in het lijf. Hierdoor krijgen zij bijvoorbeeld pijn in hun nek, schouders en rug. Ook houden ze bijvoorbeeld continu hun bekken gespannen. Dit kan leiden tot zindelijkheidsproblematiek, waaronder heel vaak naar het toilet moeten, obstipatie, of het niet naar het toilet durven gaan (bijvoorbeeld als daar het misbruik heeft plaatsgevonden). De spanning kan zich ook uiten in zweten, een verhoogde bloeddruk of hartkloppingen. Deze lichamelijke reacties komen bijvoorbeeld voor bij triggers.

"Je kan het uitleggen als je je bedenkt dat de bekkenbodem eigenlijk altijd is gespannen. Of tenminste, dat is de reactie op het seksueel misbruik. Die bekkenbodem is dan enorm gespannen. En als je moet plassen, dan moet je ook nog een keer je bekkenbodem iets aanspannen om de plas even op te kunnen houden. En die marge hebben ze eigenlijk niet meer. Dus het is eigenlijk op basis van dat ze hun eigen bekkenbodem niet kunnen ontspannen, dat ze die plasproblemen hebben."

De deelnemers geven ook aan dat slachtoffers vaak last hebben van slaapproblemen en nachtmerries, op zowel

korte als lange termijn. Een slachtoffer kan bijvoorbeeld een omgedraaid slaappatroon hebben, niet in slaap komen vanwege piekeren, enkel slapen bij vertrouwde geluiden, of veel wakker worden. Sommige slachtoffers gaan ook minder goed voor zichzelf zorgen.

"Een onregelmatig of omgedraaid slaappatroon kan voorkomen, omdat je juist onveilig voelt wanneer het heel stil is en je wat veiliger voelt met vertrouwde geluiden. Bijvoorbeeld het geluid van dat je moeder in de keuken aan het koken is. Dat geluid geeft je een vertrouwd gevoel, en dan kan je wel in slaap vallen. Maar wanneer het in de nacht helemaal donker en stil wordt, dan lukt het niet. Of je hebt bijvoorbeeld herbeleving in de nacht, of je hebt geen afleiding waardoor je dus gaat nadenken."

Ook benadrukken de deelnemers dat slachtoffers letsels en SOA's (e.g., HIV) kunnen oplopen. Deze letsels genezen niet altijd goed, waardoor slachtoffers pijn kunnen blijven houden in bijvoorbeeld de heupen, bekken en polsen. Deze klachten komen soms ook pas later naar voren. Ook is het contact met het lichaam (de lichaamsbeleving) soms anders. Mensen met een licht verstandelijke beperking laten bijvoorbeeld een sterk verhoogde alertheid zien in hun lijf.

"Van meisjes hoor ik toch vaak pijn in de bekken omdat zij dan gedwongen zijn om seks te hebben in die positie waardoor het bekken gewoon altijd veel te veel druk heeft ervaren. Dus vaak pijn in de heupen en de bekken, en die chronische pijn blijft. Ik heb ook meerdere situaties gehad waarin de meisjes pijn in hun polsen hadden door de standjes waarin zij altijd gedwongen werden. Sommigen hadden altijd heel veel last van hun pols of duim, doordat die vaak was gebroken door de handelingen. Als je een keer iets breekt kan het zijn dat dat gevoelig blijft. Op het moment dat dat iemand tegen je komt zeggen dat ze binnen 24 of 48 uur geleden zijn verkracht, dan wordt er een forensisch onderzoek gedaan. Dan zie je ook vaak blauwe plekken aan de binnenkant van de benen of aan beide kanten, omdat ze vast zijn gehouden."

Tot slot geven deelnemers aan dat slachtoffers ook regelmatig ongewenst zwanger raken. Soms worden de slachtoffers gedwongen om de zwangerschap te termineren, ofwel in een abortuskliniek of door middel van mishandeling om te zorgen voor een miskraam. Dit eerste gebeurt vaker bij een bekende pleger en het tweede vaker in uitbuitingsituaties, omdat uitbuiters willen voorkomen dat een slachtoffer gaat praten. In zeldzame gevallen komt het voor dat slachtoffers onvruchtbaar worden door hoe ze toegetakeld zijn.

"We zien heel veel ongewenste zwangerschappen. De pooier of loverboy, of mensenhandelaar zorgt ervoor dat je een miskraam krijgt op welke manier dan ook. De voorbeelden zijn dan dat ze van alles naar binnen stoppen om een miskraam te veroorzaken, of dat ze zo hard in de buik worden getrapt en geslagen dat er een miskraam veroorzaakt wordt. Of dat ze zoveel drugs en alcohol moeten drinken dat het een miskraam wordt. Gewoon echt alle bizarre dingen om maar te voorkomen dat ze naar een abortuskliniek moeten, om te voorkomen dat ze daar misschien zullen vertellen dat ze een uitbuitingssituatie zitten."

Behandeling

Volgens de deelnemers zou het goed zijn om psycho-educatie te geven met betrekking tot de lichamelijke reactie die een lichaam kan geven, zelfs als een slachtoffer de seksuele handelingen als onprettig heeft ervaren. Daarnaast zou er voldoende nazorg geregeld moeten worden.

"Slachtoffers kunnen toch een bepaalde lichamelijke reactie hebben. Dat ze denken, oh heb ik het dan toch fijn gevonden? Vond ik het dan wel zo erg als mijn lichaam toch een orgasme heeft gekregen? Mag ik dan wel zeggen dat ik verkracht ben of aangerand ben, want ik vond het toch fijn blijkbaar zegt mijn lichaam? Dat zie ik heel veel, ongeacht de leeftijd. En vaak merk je wel dat als je ze dan gaat meenemen in psycho-educatie en dingen gaat uitleggen over het brein werkt, dat dat wel helpend is voor ze. Dat je uitlegt dat dat eigenlijk een overlevingsstrategie is. Dat is vaak een begin van oké, misschien wil ik er dan toch over praten, ook met andere mensen. Want mijn ervaring is dat ze het vaak al tegen ons vertellen maar geen van hun naasten het nog weten."

Kennishiaten & vervolgonderzoek

Er is meer onderzoek nodig naar slachtoffers met een licht verstandelijke beperking. Er zou in deze populatie vooral onderzoek gedaan moeten worden naar mannelijke slachtoffers en misbruik onder leeftijdsgenoten.

"Binnen de gehandicaptenzorg is er inmiddels wel uit onderzoek bekend dat er ook heel veel mannelijke slachtoffers zijn. Echt veel meer dan in de in de algemene populatie. En met name peer-to-peer seksueel misbruik vanuit onwetendheid. Dat is echt ook een groot probleem, maar waar eigenlijk nog heel weinig aandacht voor is."

Codering 1.2

Tabel 1.2.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	12
Leeftijd/Ontwikkelingsfase	4
LVB	4
Achtergrond cultuur	3
Achtergrond gezin	3
Intergenerationele overdracht	3
Duiding problematiek	1
Gender	1
Zorgmijding	1
Totaal	**32**

Tabel 1.2.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Pleger	9
Frequentie	4
Online/offline	3
Bereik	1
Totaal	**17**

Tabel 1.2.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Variatie gevolgen	2
Leefgebieden	1
Totaal	**3**

Tabel 1.2.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Trauma/PTSS	10
Veiligheid verliezen	8

Werk	8
Angst	7
Grenzen aangeven	6
Schaamte	6
Verlies van vertrouwen	6
Relaties	5
Schuldgevoelens	5
Maskeren	4
Reactie omgeving	4
Vermijding	4
Financiën	3
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	3
Agressie	2
Eetproblemen	2
Isolatie/eenzaamheid	2
Ouderschap	2
Schoolprestaties	2
Sociaal wenselijk gedrag/volgen	2
Verslaving/middelengebruik	2
Victim blaming	2
Zelfvertrouwen/zelfbeeld	2
Automutilatie	1
Concentratieproblemen	1
Dissociatie	1
Geheimhouding	1
Kind afstaan	1
Risicovol gedrag	1
Schooluitval	1
Stemmingsklachten	1
Suïcidaliteit	1
Totaal	**106**

Tabel 1.2.5
Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Zindelijkheidsproblemen	8
Spanning in lijf	5
Bekkenpijn/spanning	4
Contact met lijf	4
Wonden/letsel	4
Abortus	3
Slaapproblemen/nachtmerries	3
Zwangerschap	3
Heupen pijn	2
Onvruchtbaarheid	2
Schouders pijn/spanning	2
SOA's	2
Bloeddruk verhoogd	1
Buikpijn	1
Hartkloppingen	1
Nekpijn	1
Polsen/handen pijn	1
Psychosomatisch	1
Rugpijn	1
Zelfverzorging	1
Zweten	1
Totaal	**51**

Tabel 1.2.6
Behandeling

Code	Aantal
Eraan toe zijn/klaar voor zijn	1
Expertise	1
Psycho-educatie	1
Totaal	**3**

Tabel 1.2.7

Nazorg & Periodieke check-ups

Code	Aantal
Hoeveelheid nazorg	1
Totaal	**1**

Bijlage 9 - Verslag focusgroep 2.1

Verslag van de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de behandeling en nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Dinsdag 29 april 2025

Aan deze focusgroep deden zeven deelnemers mee met verschillende functies waaronder jeugd- en gezinsprofessional, projectleider bij een kenniscentrum, zorgcoördinator, regiomanager, en hulpverlener. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Stabilisatie en aanpak

De deelnemers vertelden dat het belangrijk is dat een slachtoffer er zelf aan toe is om diens verhaal te doen. Om die reden doen sommige van de organisaties waar deelnemers werken aan een gefaseerd behandelaanbod, waarbij ze beginnen met een stabilisatie fase. Met stabilisatie wordt hier niet bedoelt dat het al goed moet gaan met een slachtoffer, maar wel dat er voldoende ruimte is voor het slachtoffer om aan een behandeling te kunnen beginnen. Er zijn verschillende dingen voor nodig om dit te kunnen doen op een manier waarop de spanning van het slachtoffer binnen diens 'raampje' blijft. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de Slapende Honden methodiek, de veilige plek oefening of de kluis oefening.

"Wij bieden een gefaseerd behandelaanbod. Dus op het moment dat jongeren bij ons komen, beginnen wij aan de stabilisatie waarin je onderzoekt van wat heb je nodig om toe te komen aan traumabehandeling? [...] Er zijn dus drie fases: de stabilisatie fase als start, dan werk je toe naar een vorm van traumabehandeling, en dan een integratie en nazorgfase. En in die eerste fase zit juist dit onderzoek waar je kijkt van wat hebben jongere kinderen en hun gezin eigenlijk nodig om dat gehele behandelaanbod aan te kunnen?"

Ten eerste gaven deelnemers aan dat het belangrijk is om te zorgen dat het slachtoffer in diens basisbehoeften wordt voorzien. Dit houdt onder andere in dat een slachtoffer voldoende eten, drinken, onderdak en veiligheid heeft. Een veilige verblijfplek kan een vaste woonplek zijn, maar bijvoorbeeld ook een (geheime) opvang of een Blijf-van-mijn-lijfhuis. Indien een slachtoffer nog woont binnen een gezin waar het misbruik heeft plaatsgevonden, is het belangrijk om te werken met veiligheidsafspraken. Als een slachtoffer woont in een opvang is het belangrijk om hem of haar zoveel mogelijk duidelijk te maken wat het perspectief is, en tijd te geven om te wennen aan de groep en opvang. Zolang een slachtoffer zich nog onveilig voelt, zal hij of zij niet snel gaan vertellen wat er gebeurd is.

"Voor heel veel jongeren is het heel belangrijk dat hun perspectief helder is. Ze willen weten: Hoe lang mag ik hier zijn? Hoe ziet mijn woonplek eruit? Ga ik nog terug naar huis of niet? Voordat je überhaupt aan die behandeling toekomt, zijn zij ook nog bezig met overleven op zo'n behandelgroep. [...] Dan is er ook nog eens een groepsdynamiek met allemaal mensen die heel veel hebben meegemaakt. Dat is best een uitdaging voor veel vrouwen denk ik. Ze hadden ergens ook controle, ook al was het heel slecht. En dan opeens op zo'n veilige plek zitten waar ze heel veel tijd hebben om te voelen en na te denken."

Ten tweede benoemden deelnemers dat het belangrijk is om een goede werkrelatie op te bouwen. Dat houdt in

dat een hulpverlener het tempo aanpast op het slachtoffer, niet (ver)oordeelt of beschuldigt, oprechte betrokkenheid en nieuwsgierigheid toont, het slachtoffer serieus neemt, en laat weten dat alles bespreekbaar is. Het kan hierbij helpend zijn als een hulpverlener ook ambulant werkt en als het slachtoffer een vast gezicht heeft (zoals een zorgcoördinator).

"Ik denk dat vooral die relatie heel erg belangrijk is. Dat je die vertrouwensband hebt, die werkrelatie. Het belangrijke is, oprechte interesse tonen en serieus nemen. Dat ze zich gehoord en gezien voelen. Dat alles bespreekbaar is, wat dat ook is, en dat het niet gek is. Los van dat ze daar niet de enige zijn."

Bij loyaliteitsconflicten geven de deelnemers aan dat een goede werkrelatie uitermate belangrijk is. Zo moet een hulpverlener de ruimte creëren voor de verwarring die ontstaat vanwege de ook prettige ervaringen. Een hulpverlener moet dit bespreekbaar maken en aangeven dat het oké is dat deze gevoelens tegelijkertijd bestaan. Daarnaast is het beter om als hulpverlener niet slecht te praten over de pleger bij een loyaliteitsconflict. Dit omdat bekend is dat slachtoffers soms terugkomen bij de pleger, doordat de pleger een greep heeft op het slachtoffer waarvan lastig los te komen is. In dat geval zou het lastiger zijn voor een slachtoffer om opnieuw hulp te vragen wanneer een hulpverlener negatief praatte over de pleger.

"Als een slachtoffer echt het contact wil verbreken of moet verbreken, dan verliest hij of zij ook de goede kanten. Dus dan is er ook rouw en verlies en daar moet ook aandacht voor zijn. We hebben ook slachtoffers die herhaaldelijk slachtoffer worden van dezelfde persoon of toch op een later moment verkiezen om toch weer bij de pleger terug te gaan. En als je dan heel oordelend was over diegene, dan is de kans heel klein dat iemand terug bij je op de lijn komt."

Ten derde zeiden deelnemers dat het belangrijk is om systeemgericht te werken en te zorgen dat er in de directe omgeving een steunfiguur beschikbaar is voor het slachtoffer. Hulpverleners zijn uiteindelijk tijdelijk betrokken en er blijft een kans op terugval, zeker als een slachtoffer na behandeling teruggaat naar een ongezonde omgeving. En daarom kan het goed zijn als het netwerk al vanaf het begin af aan wordt meegenomen.

"Op het moment dat jongeren bij ons komen, komt het hele gezin bij ons. We werken heel systeemgericht. [...] Dat bijvoorbeeld de mensen in jouw omgeving je steunen en er het liefst ook hechtingsfiguren zijn, die ook een voldoende kalm brein kunnen bewaren om met de jongeren samen een geheel behandelaanbod aan te gaan."

Over de start van behandelingen benoemen de deelnemers dat een contra-indicatie en het bepalen van de volgorde van behandelingen lastig kan zijn. Er zijn bijvoorbeeld regelmatig slachtoffers die verslaafd zijn aan bepaalde middelen of die zwanger zijn. Dit terwijl soms juist een voorwaarde, om aan een behandeling te mogen beginnen, is dat een slachtoffer niet afhankelijk is van middelen of niet zwanger is. Bovendien kan een verslaving het gevolg zijn van een trauma, of kunnen ze elkaar in stand houden of versterken. Dit kan het lastig maken om een volgorde in behandelingen te bepalen. Om dit te bepalen wordt gekeken naar welke klachten het meest op de voorgrond liggen en disfunctioneel zijn. Het kan echter zo zijn dat tijdens een behandeling (e.g., voor verslaving) blijkt dat eigenlijk een andere behandeling (e.g., voor trauma) eerst nodig is. Soms worden de klachten tegelijkertijd behandeld, maar dat is niet altijd haalbaar in verband met de belastbaarheid van een slachtoffer.

"Soms heb je met contra's te maken waar je echt tegen aan loopt. Dat je denkt kom niet verder. Ik heb nu een

paar dames die zwanger zijn en fors posttraumatische klachten laten zien. De GGZ zegt wij gaan ze nu niet behandelen op trauma, want ze zijn zwanger. Maar na de zwangerschap lukt het eigenlijk ook niet, want dan zijn ze superdruk bezig met voor het kindje zorgen. Mogelijk wordt kindje ook nog weggehaald, en dan komt er nooit meer traumabehandeling. Dat vind ik wel een hele lastige. Waar doe je dan goed aan? Ik zou het ook wel interessant vinden als dat wat verder onderzocht wordt. Ik weet natuurlijk helemaal niet wat de gevolgen zijn van een traumabehandeling in zo'n zwangerschap. En je wil iemand niet ontregelen, dat snap ik, maar vaak is iemand al zo ontregeld dat ik denk, waar kies je dan voor? Om het uit te stellen met de kans dat het dus nooit meer gebeurt en iemand heel lang met die trauma klachten loopt?"

Gedurende de gehele behandeling is maatwerk van belang zeggen de deelnemers. De aanpak hangt onder andere af van de leeftijd en ontwikkelingsfase van het slachtoffer. Maar het hangt ook af van of er een aangifte loopt, of het om seksuele uitbuiting gaat of een enkelvoudig seksueel misbruik, of de pleger een bekende is of niet, of de omgeving op de hoogte is van het seksuele trauma, en of slachtoffers zichzelf erkennen als een slachtoffer.

"Er lopen natuurlijk soms ook nog wel juridische trajecten doorheen, zoals een aangifte. Daarop moet je ook afstemmen. Wat kan er op dat moment wel en niet in de behandeling. Je wilt ook dat ze een beetje overeind kunnen blijven in het dagelijks leven."

Tot slot lopen de deelnemers soms tegen problemen in de samenwerking tussen organisaties en de financiering aan, zoals gemeentes die minder uren willen geven dan nodig voor een casus. De wens zou zijn om de zorg te ontschotten.

Behandelen psychosociale klachten

Om de psychosociale klachten te behandelen maken de deelnemers gebruik van verschillende aanpakken. Welke aanpak gekozen wordt gaat in samenspraak met bijvoorbeeld een gedragswetenschapper. Zo wordt er bijvoorbeeld veel traumabehandeling ingezet. Bekende voorbeelden hiervan zijn Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Dit kan bijvoorbeeld helpen bij traumaklachten, schuldgevoelens, schaamte, zelfbeeld, angst of het aanleren van grenzen aangeven. Door sommigen wordt ook Imaginaire exposure (IE) ingezet.

"Dat je kijkt hoe beweeg jij je eigenlijk online? En ik denk dat daar wel veel een CGT achtige inzet is. Dus wat zeg je tegen jezelf? Hoe kijk je naar jezelf? Dit heeft veel met identiteit, opbouw, zelfbeeld te maken. Met hoe zorg ik goed voor mezelf, hoe maak ik veilige keuzes?"

Sommige deelnemers zetten ook vaktherapie in, zoals beeldende therapie, muziektherapie, of psychomotorische therapie (PMT). Voor sommige slachtoffers kan het fijn zijn om niet alleen maar 'in het hoofd' aan de slag te gaan, maar ook met de handen te werken.

"Het kan bijvoorbeeld ook heel erg helpen om met iemand in de gymzaal te onderzoeken. Echt fysiek, met een psychomotorische therapie, hoe doe je dat eigenlijk voor jezelf opkomen? Hoe stel je eigenlijk een grens?"

Daarnaast zetten veel deelnemers psycho-educatie in, wat bijvoorbeeld kan gaan over klachten, trauma, de Window of Tolerance of loyaliteitsconflicten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bijvoorbeeld een emotie

thermometer, de metafoor van de ladekast, de Slapende Honden methodiek en het Vlaggensysteem. Deze laatste kan bijvoorbeeld helpen bij het duiden van seksuele gedrag en het leren van grenzen tussen passend en ongepast seksueel gedrag. Psycho-educatie kan ook bijdragen aan het verminderen van gevoelens van schuld en schaamte. Het kan helpend zijn om psycho-educatie niet alleen in te zetten bij het slachtoffer zelf, maar ook bij diens systeem. Dit is extra belangrijk wanneer er sprake is van afhankelijkheidsrelaties (zoals bijvoorbeeld bij groomen), omdat het voor buitenstaanders vaak moeilijk is om de dynamiek en invloed van de pleger op het slachtoffer te begrijpen. Bij psycho-educatie moet wel zorgvuldig omgegaan worden met het taalgebruik.

"Je wilt ze leren grenzen aangeven, waarbij ze soms het gevoel kunnen krijgen "Oh, dus ik heb iets fout gedaan, want ik heb mijn grens niet aangegeven". Terwijl het juist door hun trauma niet lukte om die grens aan te geven. Dat is soms nog wel een spanningsveld dat ik ervaar. Enerzijds het onschuldige, van je hebt er niks aan kunnen doen, je bevroor, en anderzijds wel zeggen 'Ik wil je wel leren dat je het de volgende keer wel kan'."

Daarnaast kan het volgens de deelnemers goed zijn om anderen te betrekken in de behandeling van het slachtoffer. Dit kan bijvoorbeeld door middel van groepstherapie, lotgenotencontact, een buddy/maatje/JIM of (multi)systeemtherapie (e.g., Multisysteem Therapie - Problem Sexual Behavior; MST-PSB). Dit kan onder andere helpend zijn als een slachtoffer geïsoleerd is geraakt.

"Soms laten we slachtoffers met elkaar samen zitten, in een soort van groepssessies, om ervaringen uit te wisselen. Soms kunnen ze elkaar onschuldigen of vinden ze het fijn om te horen van lotgenoten."

Bij praktische zaken geven deelnemers aan dat er soms coaches, gemeentes, sociale wijkteams, mentors of lotgenoten betrokken zijn. Zij kunnen bijvoorbeeld helpen met school, werk of financiën.

"Op heel veel leefgebieden kun je meekijken, inderdaad naar of er schulden zijn of problemen met school en werk. Vanuit die ambulante functie kun je bijvoorbeeld contact leggen met de mentor van school, om te kijken of een rooster tijdelijk kan worden aangepast gedurende een behandeling. Daar krijg je scholen eigenlijk altijd wel in mee."

Behandelen lichamelijke klachten

Voor lichamelijke klachten zoals spanning in het lijf worden verschillende aanpakken ingezet volgens de deelnemers. Zo worden er bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen en ademhalingsoefeningen gedaan, maar wordt er ook vaktherapie, fysiotherapie of EMDR (lopend/in beweging) ingezet. In sommige gevallen wordt ook de plas- of poeppoli te hulp gevraagd.

"Wij hebben de collega's vanuit de muziektherapie en de vaktherapie. Het is wel zo dat er bijvoorbeeld collega's zijn die EMDR lopend geven. Letterlijk. Gewoon hier over het terrein of boksend. Het zit wel veel in beweging, waardoor je die spanning ook wel uit het lijf wil halen. En dat is dan ook bijvoorbeeld in de gymzaal met een psychomotorisch therapeut erbij."

Wat betreft seksueel disfunctioneren, SOA's en zwangerschappen worden de GGD en seksuologen ingezet. Zij kunnen ook psycho-educatie geven, bijvoorbeeld over hoe het lichaam reageert op seksuele uitbuiting en

seksueel misbruik. Er zijn daarnaast organisaties die zich aangesloten hebben bij Nu Niet Zwanger. Soms wordt er ook een forensisch medisch onderzoek gedaan om bijvoorbeeld bewijsmateriaal veilig te stellen zelfs als er (nog) geen juridische procedure in gang is.

"We zijn ook onderdeel van Nu Niet Zwanger bijvoorbeeld. We hebben ook cliënten die, om welke reden dan ook, niet zomaar anticonceptie kunnen krijgen, maar wel seksueel actief zijn en veel grenzeloos gedrag daarin vertonen. Bijvoorbeeld de meiden die bij ons op een veilige opvang verblijven, waarvan ouders geen toestemming geven voor anticonceptie. Dan kunnen wij via Nu niet zwanger, maar ook bijvoorbeeld via de seksueel verpleegkundige die bij ons is, toch anticonceptie laten plaatsen. Dit kan, ook al heb je het over minderjarige meiden, omdat de veiligheid en het zorgen voor je eigen lijf heel belangrijk is."

Voor lichamelijke klachten geldt dat de deelnemers slachtoffers tegenkomen die hun klachten niet altijd toeschrijven aan trauma, maar bijvoorbeeld denken dat ze ADHD hebben. Er zit namelijk overlap in de symptomen van verschillende classificaties. Door middel van psycho-educatie of verbetering in klachten na een behandeling kan duidelijk worden dat het seksuele trauma de oorzaak was van (een deel van) de klachten.

"Soms komen er jongeren binnen met een ADHD-diagnose, waarvan de vraag is of die nog standhoudt. Want er zit natuurlijk heel veel overlap in PTSS, borderline en ADHD. We kijken wel vaak naar welke klachten er over blijven als je eerst behandelt. Als de trauma klachten zijn weggezakt, wat zie je dan nog? En dan ga je kijken wat je daar dan eventueel nog op in kan zetten. Soms is het overduidelijk dat er ook echt sprake is van kind eigen problematiek, zoals ASS of ADHD. Maar, het is ook wel vaak dat die slaap- en concentratieproblemen bijvoorbeeld zodanig verminderen dat het niet meer nodig is om daar iets anders op in te zetten."

Nazorg

Na een behandeling blijven er soms een aantal klachten over, zoals bijvoorbeeld met betrekking tot het zelfbeeld of het zelfvertrouwen. Hulpverleners komen soms achter deze overgebleven klachten door bijvoorbeeld een informele check, zoals een appje met de uitnodiging om weer eens langs te komen op kantoor, of via ouders die het nummer bewaren van de hulpverlener zodat ze jaren later terug op de lijn kunnen komen. Deze overgebleven klachten worden aangepakt in de nazorg. Ook worden er beschermende factoren versterkt in de nazorg, waaronder het netwerk van het slachtoffer. Uiteindelijk is de hulpverlening tijdelijk, wat betekent dat het netwerk op de lange termijn het vangnet gaan zijn. Om die reden laten hulpverleners het slachtoffer in de nazorgfase zelfstandig oefenen, om zo dat wat geleerd is te integreren in het dagelijks leven.

"Het einde van de behandeling is echt gericht op het verduurzamen, dus dan ga je echt meer naar de achtergrond. Dan ga je echt al het gezin veel meer naar voren brengen en het zelf laten doen, om terugval te voorkomen, of in ieder geval al een beetje te oefenen met die zelfstandigheid. Wij hebben het geluk als coördinator dat je zo lang contact mag blijven houden met de slachtoffers, als dat gewenst is. En we zien wel dat het heel goed werkt als je gewoon één keer in de zoveel tijd een appje stuurt: 'Hoe is het? Als je een keer zin hebt om een kop koffie te komen drinken op kantoor ben je altijd welkom.'"

Deelnemers geven wel aan in de nazorg tegen verschillende knelpunten aan te lopen. Ze geven bijvoorbeeld aan last te hebben van bureaucratie en AVG-regels. Vanwege de AVG-regels mogen hulpverleners de

contactgegevens van slachtoffers niet zomaar bewaren. Dit maakt het lastiger om na enige tijd te checken hoe het met een slachtoffer gaat en welke hulp er eventueel nog nodig is. Dit terwijl er zeker bij jonge kinderen, die nog in ontwikkeling zijn, een kans is dat ze later terugkomen met klachten. Daarbij komt dat een dossier meestal niet langdurig open mag staan, omdat de gemeente niet zo lang wil betalen, en beschikkingen per regio anders geregeld zijn. Soms is het wel mogelijk trajecten langer te laten duren als de financiering bijvoorbeeld niet loopt via de Jeugdwet, maar bijvoorbeeld via gemeentelijke gelden voor slachtoffers van mensenhandel. De deelnemers pleiten voor de mogelijkheid voor slachtoffers om terug te kunnen keren bij eenzelfde hulpverlener zonder opnieuw op de wachtlijst te belanden.

"Als je het hebt over nazorg na afsluiting van het traject, zou het heel mooi zijn als er ook een stukje nazorg ingebed wordt. Zeker met jonge kinderen die nog in ontwikkeling zijn, waarvan we eigenlijk ook echt wel weten dat de kans dat die terugkomen aanwezig is. Dus als je een vier jarige in behandeling hebt die seksueel misbruikt is door een bekende, die dadelijk twaalf wordt en de puberteit slaat in, dat daarvoor ook ergens iets ingeregeld is. Dat deze mensen terug kunnen bij de organisatie waar zij zijn geweest en niet terug hoeven op de wachtlijst."

Daarnaast lopen deelnemers aan tegen de harde grens van 18- naar 18+ jaar, zelfs met de verlengde jeugdzorg. Soms kunnen slachtoffers hun traject niet afmaken, hun verhaal opnieuw moeten doen bij nieuwe hulpverleningsorganisaties, en hun motivatie verliezen. Ook kunnen slachtoffers te maken krijgen met kosten door de zorgverzekeringswet, en instanties die geen zorg willen starten vlak voordat ze 18 jaar worden, waardoor ze moeten wachten op zorg tot na hun 18e verjaardag. Als er daarna wel zorg geregeld is, worden ouders daar soms slecht in betrokken. Bovendien is de nazorg minder goed vorm te geven onder de zorgverzekeringswet. Dit alles terwijl het al een drempel is voor slachtoffers om hulp te zoeken en het tijd heeft gekost om een vertrouwensband op te bouwen.

"Ik denk dat er veel meerwaarde zit in dat je iemand blijft zien, blijft volhouden, en niet opgeeft. En ik denk juist als je dit ook in die laatste fase doet, dat dat heel veel toevoegt. Slachtoffers hebben vaak heel veel slechte ervaringen met vertrouwen in mensen. Wij komen veel vrouwen, jongens, meiden tegen die hebben ervaren dat ze er niet toe doen en dat ook zijn gaan geloven over zichzelf. En wat ik daarin wel lastig vind is bijvoorbeeld die keiharde grens van de Jeugdwet. Dat is echt ingewikkeld omdat je soms het traject niet kan afmaken, en toch moet overschakelen naar die achttien plus zorg. Dat betekent vaak ook nog eens financieel iets voor cliënten, omdat het dan via de zorgverzekeringswet gaat. Ik vind dat wel altijd heel ingewikkeld, ook in die nazorg. Tot 23 jaar, zeker als er jeugdzorg bij betrokken is, kan er soms al iets met de verlengde jeugdzorg, maar toch zijn behandelingen vaak ingewikkeld en kan je de nazorg minder goed vormgeven. Want het is gewoon binnen die zorgverzekeringswet allemaal nog veel strakker geregeld, omdat daar allerlei financiële contracten liggen met zorgverzekeraars. Ja, dat vind ik echt een gemis."

Kennishiaten & vervolgonderzoek

De deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan meer kennis naar het bepalen van de volgorde in een traject. Bijvoorbeeld, behandel je eerst traumaklachten of een verslaving?

Codering 2.1

Tabel 2.1.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Leeftijd/Ontwikkelingsfase	9
Duiding problematiek	2
Aangifte/rechtszaak	1
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	1
Erkennen slachtofferschap	1
Totaal	**14**

Tabel 2.1.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Pleger	7
Type gebeurtenis	3
Totaal	**10**

Tabel 2.1.3

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Trauma/PTSS	16
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	6
Seksuele ontwikkeling	5
Zelfvertrouwen/zelfbeeld	5
Financiën	3
Verslaving/middelengebruik	3
Concentratieproblemen	2
Grenzen aangeven	2
Schaamte	2
Schooluitval	2
Schuldgevoelens	2
Angst	1
Geheimhouding	1
Isolatie/eenzaamheid	1
Relaties	1

Schoolprestaties	1
Werk	1
Totaal	**54**

Tabel 2.1.4

Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Slaapproblemen/nachtmerries	1
SOA's	2
Spanning in lijf	2
Zwangerschap	2
Totaal	**7**

Tabel 2.1.5

Behandeling

Code	Aantal
Traumabehandeling	9
Verblijfplek	9
Werkrelatie	9
Systeemgericht	8
Maatwerk	7
GGZ	6
Psycho-educatie	6
CGT	5
Psycholoog/psychiater	5
Stabilisatie	5
Veiligheid	5
EMDR	4
Niet oordelen	4
PMT	4
Contra-indicatie	3
Financiering	3
GGD	3
Lotgenoten	3
Raampje (Window of Tolerance)	3

Verpleegkundige	3
Volgorde	3
Wachtlijsten	3
Ambulant	2
Beeldende therapie	2
Buddy/maatje/JIM	2
Eraan toe zijn/klaar voor zijn	2
Forensisch onderzoek	2
Gemeente	2
Muziektherapie	2
Seksuoloog	2
Slapende Honden	2
Sociale wijkteam	2
Steunfiguur omgeving	2
Systeemtherapie	2
Vaktherapie	2
Verslavingszorg	2
Vlaggensysteem	2
Basisbehoeften	1
Coach	1
Fysiotherapie	1
Gefaseerde aanpak	1
Groepstherapie	1
IE (Imaginaire exposure)	1
Nu Niet Zwanger	1
Ontspannings-/ademhalingsoefeningen	1
Plas-/poeppoli	1
Samenwerking	1
Vast aanspreekpunt	1
Totaal	**151**

Tabel 2.1.6

Nazorg & Periodieke check-ups

Code	Aantal
Overgang 18-/+	8

Dossier open laten staan/beschikking/financiering	3
Informele check (chat/bellen)	3
Netwerk versterken/betrekken	3
AVG/privacywetgeving	2
Overblijvende klachten	2
Beschermende factoren versterken	1
Terug bij dezelfde organisatie/hulpverlener	1
Zelfstandig oefenen	1
Totaal	**24**

Bijlage 10 - Verslag focusgroep 2.2

Verslag van de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de behandeling en nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Dinsdag 6 mei 2025

Aan deze focusgroep deden vijf deelnemers mee met verschillende functies waaronder psycholoog, bestuurder, onderzoeker, coördinator, psychomotorisch therapeut, en hulpverlener. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Stabilisatie en aanpak

De deelnemers vertelden dat het per slachtoffer verschillend is hoe snel ze het gesprek aan willen gaan en willen starten met een behandeling voor dat wat ze meegemaakt hebben. Dit kan variëren van weken tot jaren. De deelnemers betwijfelen ook of slachtoffers echt 'klaar' kunnen zijn om aan een behandeling te beginnen. Vaak wordt er namelijk door ouders of andere verzorgers besloten dat een behandeling wordt gestart, zeker als de slachtoffers jonger dan 12 jaar oud zijn of een lichtverstandelijke beperking (LVB) hebben. Jonge slachtoffers en slachtoffers met een LVB zijn zich nog niet altijd bewust van dat wat ze hebben meegemaakt, vinden het moeilijk om de situatie onder woorden te brengen, en zien zichzelf niet altijd als slachtoffer. Ze kunnen zichzelf bijvoorbeeld schuld aanpraten of denken dat de situatie normaal is. Vanaf ongeveer zestien jaar kunnen slachtoffers bewustere keuzes maken, maar ook dan zal er tijd voor nodig zijn en kunnen slachtoffers ambivalent zijn.

"Sommige jongeren denken misschien ik moet het erover hebben, maar wie is daar klaar voor? Niemand toch? En er zit ook altijd wat ambivalentie, denk ik, bij iedereen van 'ja, ik wil me wel beter voelen, maar nee, ik wil er liever niet over praten' en dat is ook heel normaal. [...] Wat doen wij in de intake? Min of meer vragen we van: 'Heb je wel eens iets seksueels tegen je zin moeten doen? Ben je wel eens gedwongen tot seks? Heb je wel eens seksuele dingen moeten doen die je niet fijn vond?' Dus dan gaan we ervan uit dat seksueel misbruik, dat het een soort seksueel geweld is en dat het altijd niet fijn is. Maar dat is gewoon echt niet zo voor een heel groot deel van de kinderen. Dus die herkennen zich helemaal niet in die vraagstelling [...] doordat wij zo praten van fijn en niet fijn, in plaats van oké en niet oké, wat denk ik dat veel helpender zou zijn."

De deelnemers benoemden dat het belangrijk is om een goede werkrelatie op te bouwen. Dat houdt in dat een hulpverlener het slachtoffer gezien en gehoord laat voelen, vertrouwen opbouwt, normaliseert om hulp te vragen en niet (ver)oordeelt. Dit is vooral belangrijk omdat veel slachtoffers vertrouwen in mensen hebben verloren door hun ervaringen. Bovendien kan het voor slachtoffers fijn zijn als ze een stukje eigen regie hebben in het behandeltraject.

"Ik denk dat deze groep slachtoffers enorm gebaat is bij het hebben van eigen regie. Die eigen regie hadden ze niet tijdens het misbruik en die moet je ze eigenlijk zoveel mogelijk teruggeven. Dus ik zou zeggen veiligheid, maar ook regie op waar wil je aan werken en waar wil je naartoe, en wat zijn de stappen die je wil nemen?"

Daarnaast zeiden deelnemers dat het belangrijk is om systeemgericht te werken. Het overkomt namelijk niet

alleen het slachtoffer, maar ook de omgeving. En hoe de omgeving omgaat met de situatie kan namelijk zowel positieve als negatieve effecten hebben op het slachtoffer. Zo kan de omgeving bijvoorbeeld uit angst of bezorgdheid de dagelijkse structuur veranderen, zoals een kind niet meer naar school laten gaan. Het kan daarentegen goed zijn om de dagelijkse structuur vast te houden, zolang het slachtoffer niet zelf aangeeft dat dat niet haalbaar is, in plaats van die beslissing voor hen te nemen. Zo voorkom je mogelijk ook isolatie van het slachtoffer. Daarom is het belangrijk niet alleen het slachtoffer, maar ook de omgeving, waaronder het gezin, te ondersteunen bij het omgaan met deze situatie.

"Ik denk ook dat het belangrijk is om juist de context en het gezin, of de mensen die zo reageren, bij voorkeur te gaan behandelen. Of in ieder geval te ondersteunen in, hoe ga je om met zo'n situatie? We zien inderdaad ook bij jongere kinderen die zelf eigenlijk niet doorhebben wat er is gebeurd, dat ouders wel heel erg geschrokken zijn, en heel anders, angstig gaan doen."

Gedurende de gehele behandeling is maatwerk van belang zeggen de deelnemers. De aanpak hangt onder andere af van de leeftijd en ontwikkelingsfase van het slachtoffer (inclusief eventuele LVB). Maar het hangt ook af van of de pleger een bekende is of niet en of slachtoffers zichzelf erkennen als een slachtoffer. De deelnemers betwijfelen of er een andere aanpak nodig is bij kort versus lang geleden uitbuiting of misbruik, online versus offline situaties, of bij seksuele uitbuiting versus seksueel misbruik. Dit, omdat hetzelfde soort klachten wordt gezien bij slachtoffers. Er moet wel nog steeds gekeken worden naar wat er nodig is bij dit slachtoffer; er is geen 'one size fits all' aanpak. De deelnemers maken zich ook zorgen over dat traumabehandeling mogelijk standaard wordt ingezet door behandelaren, nu stabilisatie in de afgelopen tien jaar niet altijd noodzakelijk is gebleken.

"Uiteindelijk zijn het dezelfde aspecten waar iets gebeurt: je zelfbeeld, je fysieke gesteldheid, hoe mensen naar je kijken, hoe jij jezelf ziet. [...] Als het alleen om de foto gaat, denk ik dat er een ander soort impact is. Maar ik denk dat de rode draad hetzelfde is, want je hebt toch te maken met een seksueel stukje wat van jou wordt afgenomen op de een of andere manier. [...] Dus ik denk, tussen uitbuiting en misbruik, dat daar de rode draad in behandeling wel hetzelfde is."

Tot slot geven de deelnemers aan dat ze, om te bepalen in welke volgorde behandelingen worden gegeven, kijken naar welke klachten het meest op de voorgrond liggen en onveiligheid met zich meebrengen. Dit kan ook verschillen tussen slachtoffers. Behandelaren kunnen ook aan slachtoffers zelf vragen van welke klachten ze graag over een tijdje minder last zouden willen hebben. Dan kan de behandeling zich daarop richten. Dit blijft wel een lastig dilemma, omdat er ook vele slachtoffers zijn die zelf niet goed weten waar ze last van hebben en waar dat vandaan komt.

"Psychoses staan bijvoorbeeld op de voorgrond, want daar hebben jijzelf of je omgeving het meest last van, en het kan gevaarlijk zijn voor jezelf en de omgeving. Dan komen de andere dingen die wat meer op de achtergrond zijn daarna, want je kan niet twee dingen tegelijkertijd doen. Maar dat vind ik nog steeds een lastige afweging: wat, wat is een gezonde volgorde? [...] En daar heb ik het antwoord ook niet op, want ik denk dat dat persoonsafhankelijk is. Waar zijn ze klaar voor? Wat heeft het meeste invloed in hun dagdagelijkse leven? Staan ze er überhaupt voor open?"

Behandelen psychosociale klachten

Om de psychosociale klachten te behandelen maken de deelnemers gebruik van verschillende aanpakken. Zo wordt er bijvoorbeeld veel traumabehandeling ingezet voor klachten als die van PTSS. Bekende voorbeelden hiervan zijn Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Cognitieve Gedragstherapie (CGT), schrijftherapie, Narrative Exposure Therapie (NET) en psycho-educatie. Ondanks dat inzetten op trauma goed kan zijn, aangezien PTSS de kans op revictimisatie verhoogt, werken deze behandelingen niet altijd.

"We weten in ieder geval dat je PTSS hebt en je doet de richtlijn behandeling cognitieve gedragstherapie, schrijftherapie, narratieve exposure Therapie, of EMDR-therapie, dan heb je zo'n 70% tot 60% kans dat je daarvan afkomt. Dat is niet veel eigenlijk. Daar informeren wij mensen niet echt goed over van tevoren. En dat als het niet lukt, dat het dan niet aan jou ligt."

Voor andere klachten zoals schuldgevoelens of een negatief zelfbeeld, zouden schematherapie of Competitive Memory Training (COMET) ingezet kunnen worden volgens de deelnemers. Een echt duidelijke richtlijn voor behandeling van deze klachten ontbreekt zeggen de deelnemers. Vaak wordt er dan toch over gegaan op traumabehandeling, ondanks dat die behandelingen zich vaak meer richten op de herinneringen in plaats van negatieve overtuigingen die een slachtoffer heeft over zichzelf.

"Herbelevingen, nachtmerries, en PTSS, dat herkennen hulpverleners. Maar wat in mijn hoofd veel meer de kern is, is de zelfbeschuldiging, zelfhaat en eenzaamheid, en isolatie. [...] dat is veel moeilijker en daar hebben we dus ook echt geen pasklare behandelingen voor in mijn optiek. Tuurlijk kan je zeggen dat er bij die vier clusters van PTSS ook negatieve gedachten over jezelf of anderen bij zit. Je zou kunnen beargumenteren dat een negatief zelfbeeld daaronder hoort. Maar de meeste PTSS-behandelingen gaan natuurlijk toch over de confrontatie met de herinnering en niet met de appraisal van jezelf. [...] We grijpen dus ook makkelijker naar een snelle EMDR op die herbeleving. Dat kan je ook meten: vorige week had je er vier en nu heb je er nog maar één. Je kan doorslapen, maar dat diepe over 'ik ben...', nou good luck."

De deelnemers benoemden dat als een slachtoffer een loyaliteitsconflict ervaart, dat dat daarmee rekening gehouden moet worden in de behandeling. Waar bij een onbekende dader de omgeving betrokken wordt voor steun en de gevoelens richting een pleger vergelijkbaar zijn, moet een hulpverlener rekening houden met verschillende relaties en gevoelens richting een bekende pleger. Zo moet een hulpverlener ondersteunen bij het leren accepteren dat er goede herinneringen bestaan naast de negatieve herinneringen aan het misbruik. Daarnaast is het beter om als hulpverlener niet slecht te praten over de pleger bij een loyaliteitsconflict, maar de focussen op het slachtoffer zelf. Ook moet een hulpverlener rekening houden met dat het langer kan duren voordat een slachtoffer zich weer fysiek en emotioneel veilig voelt, omdat een bekende pleger vaak in de omgeving blijft.

"Je moet de omgeving op een andere manier betrekken dan. Bij een onbekende dader betrek je vaak ook de omgeving om te steunen, maar die overkomt soort van hetzelfde. Terwijl in familieverhoudingen of bij een bekende, verschillende mensen een ander soort relatie tot diegene hebben, een ander soort loyaliteit voelen of het gevoel hebben dat ze moeten kiezen."

Daarnaast geven deelnemers aan dat ze bij praktische zaken soms ook hulp inschakelen. Hulpverleners proberen

bijvoorbeeld te ondersteunen in de basisbehoeften en een gezond levenspatroon. Dit omdat stress over deze basisbehoeften af kan leiden van bijvoorbeeld de traumabehandeling. Op financieel gebied kunnen hulpverleners bijvoorbeeld een aanvraag doen bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Op het gebied van huisvesting is hulp makkelijker te realiseren voor slachtoffers onder de achttien jaar. Zij kunnen bijvoorbeeld naar een jeugdzorggroep, of tijdelijk naar iemand in het netwerk waar het slachtoffer een goede band mee heeft, zoals een oom of tante. Boven de achttien jaar wordt bijvoorbeeld de gemeente betrokken of het Leger des Heils, als er geen netwerk is waar het slachtoffer terecht kan.

"Als iemand financiële problemen heeft en niet weet wat ze vanavond gaan eten, dan zorgt dat ook voor heel veel stress. Wanneer je veel stress ervaart is behandeling ook lastig, want je moet wel een bepaalde basisveiligheid ervaren om aan jezelf te kunnen werken. Als jij denkt aan 'wat ga ik vanavond eten?', dan ben je misschien niet met je hoofd bij de EMDR-therapie. Dus in die randvoorwaarden probeer je wel te helpen, of dat nou financiën is of iets anders."

Tot slot kunnen hulpverleners ook ondersteunen op het gebied van school of werk. Zo kan op school of werk afspraken gemaakt worden rondom dingen die triggers oproepen bij het slachtoffer. Ook kan er geïnformeerd worden over bijvoorbeeld pesterijen en het functioneren van het slachtoffer, dat beïnvloed kan worden door bijvoorbeeld de geheimhouding wat een cognitief belastende taak is. Daarnaast kan er ruimte gemaakt worden voor een behandeling onder werk- of schooltijd en kan er rekening gehouden worden met de invloed daarvan op diens werkzaamheden. Dit kan mogelijk bijdragen aan dat een slachtoffer de plek niet compleet vermijdt en dat de isolatie doorbroken wordt. De deelnemers geven wel aan dat niet alle slachtoffers willen dat school of werk betrokken worden, bijvoorbeeld uit angst om te moeten vertellen over hun ervaring of om anders te zijn dan de rest.

"Daar rekening mee houdend, de omgeving daar inschakelen en zeggen dit is wat er gebeurt. Al gaat het bijvoorbeeld over de plek waar je zit in de klas of op je werk, omdat je enorm kunt schrikken van als mensen zomaar plotseling achter je langs kunnen lopen vanwege dit soort ervaringen. Daar kan je dus wel rekening mee houden op een werkplek en dan kan je wel samen afspreken maken van 'hé als dit weer gebeurt' of 'wat vind je wel fijn' of 'wat lukt er dan wel als ik dan naast jou zit?'. Er zijn wel allerlei mogelijkheden om ook die werkplek in ieder geval te betrekken."

Behandelen lichamelijke klachten

Voor lichamelijke klachten zoals spanning in het lijf worden verschillende aanpakken ingezet volgens de deelnemers. Zo wordt er bijvoorbeeld psychomotorische therapie (PMT) of fysiotherapie ingezet, onder andere voor bekkenbodem problematiek. Het kan zijn dat tijdens deze behandelingen pas geopenbaard wordt dat er sprake is geweest van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik. Maar als dat duidelijk wordt, is het belangrijk om de psychische en lichamelijke klachten tegelijkertijd aan te pakken.

"Als het om fysieke dingen gaat zoals bekkenbodem, obstipatie, veel plassen of weinig plassen, denk ik dat pas heel laat of niet naar de voorgrond komt dat het door seksueel misbruik kan veroorzaakt zijn. [...] Want dan ben je fysiek aan de gang, maar niet mentaal. Die connectie dat moet parallel aan elkaar gaan. Want je kan dan wel daaraan werken, maar als dat in je hoofd nog steeds hetzelfde blijft..."

Voor lichamelijke klachten geldt dat de deelnemers er tegenaan lopen dat meerdere partijen niet altijd of pas laat de link leggen tussen psychische en lichamelijke klachten. Dat kan het geval zijn bij bijvoorbeeld medisch specialisten, fysiotherapeuten en slachtoffers. De samenwerking tussen GGZ-instellingen, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen en kinderartsen kan wat betreft de deelnemers beter. Ook wordt er in de reguliere-GGZ hulpverlening niet standaard gevraagd naar klachten in het lichaam. Dit terwijl al wel bewezen is dat er een verband is tussen seksueel misbruik en lichamelijke klachten zoals buikpijn, hoofdpijn, problemen met poepen en plassen, bekkenbodem problemen, seksuele problemen en gynaecologische problemen. Daarnaast worden medische problemen niet altijd eerst uitgesloten voor aan een psychische behandeling begonnen wordt.

"Wat je soms wel eens ziet als iemand bij bijvoorbeeld de kinderarts loopt vanwege bepaalde problemen en de kinderarts komt er niet uit, dan wordt het kind nog wel eens naar een kinderpsycholoog gestuurd uit hetzelfde team. Dan ben je al maanden verder en heeft de kinderarts al van alles geprobeerd."

Nazorg

De deelnemers bieden aan dat slachtoffers na behandeling altijd terug mogen komen indien ze weer klachten ervaren en zorgen dus dat ze bereikbaar blijven. Een deel van de deelnemers doet zelf ook aan een informele check, bijvoorbeeld via een berichtje. Zo kan er preventief gesignaleerd worden wanneer een slachtoffer het ergens moeilijk mee heeft en wat daarin helpend kan zijn.

"Dat je zelf niet van de aardbodem verdwijnt, dus dat je gewoon beschikbaar bent. Soms stuur ik zelf na een tijdje, ook al is de behandeling afgesloten, nog wel even een berichtje van hoe gaat het? Even een incheck. Ik vraag van tevoren wel altijd of ik dat mag doen, of dat mensen gewoon denken joh, ik ben klaar, laat me met rust. En meestal is dat wel fijn. Dan merk ik ook dat jongeren zich vrij voelen. Dat als ze een heel ingewikkeld leermoment tegenkomen, dat het fijn is om heel even op een rijtje te zetten wat er ook weer had geholpen."

Ook wordt het netwerk van het slachtoffer versterkt in de nazorg. Uiteindelijk is de hulpverlening tijdelijk, wat betekent dat het netwerk op de lange termijn het vangnet gaat zijn. Dit zal iemand zijn waarvan je weet dat hij of zij langere tijd in het leven blijft, die het slachtoffer kan blijven ondersteunen en monitoren. Hierin kan het slachtoffer ook een stukje autonomie krijgen. Het hoeft namelijk niet altijd een ouder te zijn, maar kan ook een vriend, oom, tante, buurman of buurvrouw zijn. Uiteindelijk zal het slachtoffer over de tijd heen moeten oefenen met het gebruik maken van de aangeleerde tips en tools.

"En inderdaad, het netwerk is heel belangrijk. We worden in de GGZ ook wel altijd aangemoedigd om af te bouwen, en niet te veel uren te gebruiken. Daarom kijken we of een intensieve behandeling niet echt meer nodig is, of de begeleiding langzaam verder kan gaan wat dichter bij huis, en of er afgebouwd en geoefend kan worden."

Kennishiaten & vervolgonderzoek

De deelnemers geven aan dat er meer onderzoek nodig is op de relationele gevolgen in combinatie met gevolgen op het lijf en de behandeling daarvan (bijvoorbeeld via PMT). In de standaardbehandeling wordt hier ook niet altijd aandacht aan gegeven.

Ook is er meer onderzoek nodig naar behandelingen voor slachtoffers met een LVB.

Daarnaast is er meer onderzoek nodig naar de aanpak van het negatieve zelfbeeld als gevolg van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik. Deze behandeling zou gericht moeten zijn op de negatieve waardering die iemand aan zichzelf geeft in plaats van alleen op herbelevingen of de herinneringen.

Verder moet er gekeken worden naar het in de reguliere-GGZ bevorderen van vragen naar lichamelijke klachten, en de samenwerking met andere disciplines voor de behandeling ervan. Om dit voor elkaar te krijgen zou er ook beter in kaart gebracht moeten worden naar welke klachten een hulpverlener moet vragen en wat dan wel of niet normaal geacht kan worden.

"Ik was voor een jongere aan het zoeken of er ook een lijst was met normale gevoelens. Dus hoe het fysiek voelt bij je geslachtsdeel, bijvoorbeeld wat normale gevoelens zijn die je daar kunt voelen. En dat kon ik dus niet op een rijtje vinden. [...] Het is moeilijk omdat er al zoveel schaamte omheen zit. Als ik ernaar vraag en een kind zegt het steekt er of het tintelt, dan moet ik dus voor mezelf nagaan of dat normaal of dat er bijvoorbeeld iets van medische zorg nodig is. En daar moet ik uitleg over geven en de artsen raadplegen om ook die vraag te stellen. Maar eigenlijk komen we daar dan ook niet altijd helemaal uit. Dus misschien ook een soort overzicht of iets? Ik heb het nog aan instituten gevraagd, maar die hadden het ook niet. Dat zou ik helpend vinden."

Codering 2.2

Tabel 2.2.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Leeftijd/Ontwikkelingsfase	8
Duiding problematiek	4
Erkennen slachtofferschap	4
LVB	4
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	2
Aangifte/rechtszaak	1
Totaal	**23**

Tabel 2.2.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Pleger	10
Online/Offline	6
Type gebeurtenis	4
Opnieuw naarboven komen	2
Bereik	1
Duur misbruik/uitbuiting	1
Totaal	**24**

Tabel 2.2.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Leefgebieden	1
Totaal	**1**

Tabel 2.2.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Zelfvertrouwen/zelfbeeld	7
Trauma/PTSS	6
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	5
Angst	4

Geheimhouding	4
Isolatie/eenzaamheid	4
Reactie omgeving	4
Schooluitval	3
Vermijding	3
Psychose	2
Schaamte	2
Schoolprestaties	2
Schuldgevoelens	2
Stemmingsklachten	2
Werk	2
Financiën	1
Grenzen aangeven	1
Huisvesting	1
Pesten	1
Relaties	1
Seksuele ontwikkeling	1
Verlies van vertrouwen	1
Verslaving/middelengebruik	1
Totaal	**60**

Tabel 2.2.5

Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Zindelijkheidsproblemen	6
Bekkenpijn/spanning	3
Spanning in lijf	2
Buikpijn	1
Hoofdpijn	1
Psychosomatisch	1
Slaapproblemen/nachtmerries	1
Totaal	**15**

Tabel 2.2.6

Behandeling

Code	Aantal
Eraan toe zijn/klaar voor zijn	7
Systeemgericht	6
Veiligheid	6
GGZ	5
Kinderarts	5
EMDR	4
PMT	4
Psycholoog/psychiater	4
Traumabehandeling	3
Volgorde	3
Werkrelatie	3
Structuur	2
Basisbehoeften	1
CGT	1
COMET (Competitive Memory Training)	1
Fysiotherapie	1
Gemeente	1
Maatwerk	1
NET (Narrative Exposure Therapie)	1
Niet oordelen	1
Psycho-educatie	1
Schadefonds Geweldsmisdrijven	1
Schematherapie	1
Schrijftherapie	1
Seksuoloog	1
Stabilisatie	1
Steunfiguur omgeving	1
Verblijfplek	1
Verpleegkundige	1
Totaal	**69**

Tabel 2.2.7

Nazorg & Periodieke check-ups

Code	Aantal
Netwerk versterken/betrekken	4
Aanbieden	3
Bereikbaarheid	1
Informele check (chat/bellen)	1
Overblijvende klachten	1
Preventief	1
Zelfstandig oefenen	1
Totaal	**12**

Bijlage 11 - Verslag focusgroep 3.1

Verslag van de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de periodieke check-ups na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Dinsdag 6 mei 2025

Aan deze focusgroep deden vijf deelnemers mee met verschillende functies waaronder kinderarts, jeugd- en gezinsprofessional, psycholoog, bestuurder, coördinator, en hulpverlener. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Medische check-ups

Periodieke check-ups (ook wel follow-ups of monitoring genoemd) zijn geen nieuw fenomeen. In de medische wereld worden deze namelijk al ingezet. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij premature en kinderen met ernstige, chronische of levensbedreigende ziektes zoals leukemie. Bij hen is het gebruikelijk om ze periodiek terug te laten komen bij een multidisciplinair team, omdat uit de wetenschap bekend is dat ze risico lopen op de korte en lange termijn. Dit laatste is echter ook van toepassing op slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik, die opgroeien met onveiligheid.

"Ik verbaas me best wel vaak over wat er wordt gedaan voor een relatief kleine groep kinderen met een hele ernstige of zeldzame ziekte. Daar wordt van alles gemeten, er wordt van alles in de gaten gehouden voor de lange termijn, voor het gezin, voor de brusjes, voor de ouders. Er wordt allerlei ondersteuning geboden. Er is niemand die zich afvraagt of een psycholoog, een fysiotherapeut en school ondersteuning noodzakelijk is voor deze kinderen. En als het gaat over kindermishandeling, seksueel misbruik, dan staat dat in één keer allemaal ter discussie. Terwijl ik denk, wat mij betreft hebben ze daar evenveel recht op."

Bij wie checken?

Ondanks dat overblijvende klachten soms behandeld worden tijdens de nazorg, kunnen er op een later moment nieuwe klachten ontstaan waarvoor hulp nodig is. Op dit moment komen slachtoffers dan soms terug naar de organisatie, bijvoorbeeld als de ouders goed de hulpverlening weten te vinden of tevreden waren over het traject. Daarnaast zien deelnemers jongens vaker terugkomen en slachtoffers die in een rechtszaak zitten waar zij bijvoorbeeld gebruik maken van hun spreekrecht. Slachtoffers bij wie het traject moeizamer verliep, bijvoorbeeld door weerstand tegen hulpverlening, worden minder vaak terug gezien door de deelnemers. Dat slachtoffers opnieuw hulp nodig hebben kan volgens de deelnemers ook te maken hebben met dat veel van de slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik opnieuw slachtoffer worden. Bij seksueel misbruik is dat volgens hen ongeveer de helft van de slachtoffers, zowel online als offline.

"We weten wel wat over problematisch seksueel gedrag. Er zijn kinderen die heel veel gaan masturberen en auto-erotisch gedrag vertonen. Dat kunnen ze ook online gaan doen, en daar kan weer herhaling van misbruik van komen. [...] we hebben gekeken: wie zijn die kinderen die steeds weer terugkomen voor zorg? Want die zijn er. En bij ons bleken dat jongens te zijn en mensen die een rechtszaak hebben lopen. Dat klinkt allebei best wel

logisch, want jongens die schamen zich meer, en vragen zich af 'Ben ik een homo of niet?' En bij mensen die in een rechtszaak zitten, dat duurt zo lang en geeft elke keer weer stress. Zijn die ouders gestrest, dan raken die kinderen ook weer gestrest en dan komen ze allemaal weer terug."

Slechts een beperkt aantal organisaties voeren op dit moment periodieke check-ups uit volgens de deelnemers. De organisaties die dat wel doen, doen dat niet bij iedereen, maar bij een selectie van de kinderen waarvan op basis van wetenschap en klinische ervaring bekend is dat de kans groot is dat zij opnieuw klachten ontwikkelen. Een periodieke check-up wordt dan standaard aangeboden, maar is niet verplicht. De ervaring van de deelnemers is dat ouders en slachtoffers het vaak prettig vinden. Wanneer een periodieke check-up toch wordt afgewezen, vertellen de behandelaren wel over de mogelijke gevolgen daarvan en dat de check-up als doel heeft ondersteuning te bieden op een moment dat je er zelf misschien niet om zou vragen.

"Ik zou het eerlijk gezegd gaan onderzoeken. Dus alle kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt langdurig volgen. Dan weet je wie moeten we extra in de gaten houden? Want dat weten we nu dus niet. Maar als je me vraagt wat we nu doen, nu doen we dat bij kinderen in grote gezinnen, in samengestelde gezinnen, met ouders die zelf ook getraumatiseerd zijn, die het moeilijk vinden om goed te reageren, die risico lopen op online misbruik, bij wie al herhaling is geweest (revictimisatie), met soms ook een verstandelijke beperking, of met verminderd toezicht."

De deelnemers geven aan dat het ook bij periodieke check-ups belangrijk is om systeemgericht te werken. Het hele gezin wordt namelijk getroffen door de gebeurtenis, waardoor iedereen de gevolgen ervaart. De gevoelens en behoeften die de gezinsleden hebben kunnen ook van elkaar verschillen. Het ene gezinslid wil bijvoorbeeld veel praten over de gebeurtenis en gevoelens, terwijl een ander daar geen behoefte aan heeft. Wanneer de pleger een bekende was, kan het zijn dat deze persoon in het systeem blijft of er ambivalente gevoelens ontstaan. De deelnemers benadrukken ook dat het achterwege laten van het systeem, het slachtoffer kan belemmeren om de geleerde toe te passen in de dagelijks praktijk. Dit omdat de omgeving dan niet parallel voortgang heeft gemaakt met het slachtoffer, waardoor het slachtoffer bij terugkeer mogelijk vervalt in het oude gedrag.

"We proberen het gewoon te normaliseren. Dat er daarna een ingrijpende of stressvolle periode is waarin iedereen elkaar een beetje kwijt is geraakt (terwijl je elkaar ook heel hard nodig hebt in een gezin), waarin je elkaar ook probeert te sparen en probeert te beschermen, en je niet zo goed nog weet hoe je het daar nu met elkaar over moet hebben. Niet zozeer over wat er is gebeurd, maar hoe iedereen zich heeft gevoeld. De ene voelde zich eenzaam en de andere voelde zich bezorgd en de derde is bang voor de toekomst."

Een andere reden om het systeem te betrekken volgens de deelnemers is dat er sprake kan zijn van intergenerationele overdracht, victim blaming, second rape, en/of een affectief gat. Ouders zijn niet schuldig voor het ontstaan van zo'n affectief gat (door bijvoorbeeld zelf tekort te zijn gekomen en sensitief ouderschap lastig te vinden), maar hebben wel de verantwoordelijkheid om dat affectieve gat te vullen. Indien het affectieve gat blijft, is de kans op revictimisatie namelijk groter. Om deze cirkel doorbreken moet het slachtoffer zich gezien en begrepen voelen. Ook moeten er gezonde seksuele grenzen aangeleerd worden.

"Online worden mensen ook misbruikt, en niet te weinig ook. Natuurlijk wordt er op school verteld van je moet niet je kleren uitdoen en je moet geen foto's delen. Maar als je gewoon niemand hebt eigenlijk. Je voelt je heel

eenzaam. Je voelt je eigenlijk een nul, en het is eigenlijk een dagelijkse strijd tegen suïcidale gedachten. En dan is iemand online die wel een keertje lief tegen je doet en die wel tegen jou zegt "Hey lieverd". Je weet heus wel dat het niet goed, niet verstandig is, maar je doet het wel want je wilt zo graag een aai over je bol, zo graag gezien worden, en affectie en aandacht krijgen."

Wanneer, hoe lang en hoe vaak checken?

Om te bepalen wanneer, hoe lang en hoe vaak periodieke check-ups uitgevoerd moeten worden, is het van belang te beseffen dat het verwerken geen lineair proces is, maar dynamisch met vallen en opstaan. Dit hangt volgens de deelnemers onder andere samen met de levensfase waarin het slachtoffer zich bevindt. Er vinden bijvoorbeeld veel veranderingen plaats in de adolescentie, in de jongvolwassenheid en bij ouderschap. Jongeren komen bijvoorbeeld vaker terug als ze al jong (voor hun tiende) traumabehandeling hebben gehad en dan in de puberteit relaties krijgen.

"En wat bij seksueel misbruik natuurlijk ook zo is, dat weten jullie ook allemaal van de praktijk, dat als kinderen ouder worden dat ze dan beter gaan snappen en beseffen wat er is gebeurd. Dan veranderen de herinneringen niet zozeer, maar de waardering van de herinneringen, de evaluatie van de herinnering, die verandert wel. En doordat die herinneringen een andere betekenis krijgen met het ouder worden, kan je soms ook klachten gaan krijgen als je beseft wat jij hebt meegemaakt. En dat noem je herevaluatie in de psychologie."

De deelnemers geven aan dat een periodieke check-up eens in het jaar of half jaar passend zou zijn, vergelijkbaar met de medische check (bijvoorbeeld jaarlijks bij prematuren). Deze afspraken hoeven niet lang te duren, in sommige gevallen zal extra hulp onnodig blijken waardoor een afspraak mogelijk kort duurt. De periodieke check-up zou in ieder geval tot 18 jaar moeten worden uitgevoerd, en mogelijk nog langer tot bijvoorbeeld 25 jaar.

Wat checken?

De deelnemers beschrijven dat tijdens de periodieke check-up de verschillende ontwikkelingsdomeinen van een slachtoffer gemonitord moeten worden, zoals de lichamelijke, sociale, emotionele en seksuele ontwikkeling. Het is onder andere belangrijk om te peilen wat de status is van het verwerkingsproces met behulp van vragen zoals: 'Hoe vind je dat het nu gaat met jou in relatie tot misbruik?', 'Hoe kijk je er nu op terug?', 'Hoe denk je er nu over?' en 'Hoe praat je er nu over?' (zie Figuur 1). Dit is belangrijk omdat het verwerkingsproces niet afgerond is na het krijgen van een behandeling in de GGZ. Deze misvatting kan er ook voor zorgen dat steun vanuit de omgeving soms van korte duur is. Daarom is het van belang om ook een vraag te stellen als: 'Krijg je steun uit je omgeving?'.

Figuur 1
Slide uit CSG-presentatie met vragen om te stellen tijdens een periodieke check-up



De deelnemers benoemen dat het ook belangrijk is om te screenen op psychosociale klachten, bijvoorbeeld op het gebied van vermijding, stemming, zelfbeeld, sociaal risicogedrag, seksuele ontwikkeling, identiteitsontwikkeling, relaties, intimiteit of vriendschap. Daarnaast is screenen belangrijk op lichamelijke klachten, onder andere op het gebied van slapen, eten, vermoeidheid, spanning in het lijf (e.g., bekkenbodemspier), bloeddruk, (stress)hormonen, gewicht, lengte, puberteit ontwikkeling, menstruatie, en ontlasting.

"Daar zie je kinderen die bijvoorbeeld een chronische ziekte hebben of een levensbedreigende ziekte hebben. Daar is het best wel gewoon om die kinderen elk jaar of twee keer per jaar terug te laten komen en bij voorkeur ook in een multidisciplinair team, waarbij je dan ook verschillende domeinen van de ontwikkeling van een kind volgt. Dus dat gaat natuurlijk ook over de lichamelijke, sociale, emotionele en seksuele ontwikkeling. Zo zie ik dat ook voor me bij seksueel misbruik."

Verder is het belangrijk om te vragen naar ontwikkelingen rondom de rechtszaak en pleger, bijvoorbeeld via vragen als 'Is het nog een keer gebeurd?', 'Hoe is je contact met de pleger?' en 'Zijn er ontwikkelingen wat betreft de rechtszaak?'. Daarnaast is het belangrijk een vraag te stellen als 'Ben jij bij iemand over de grens gegaan?', omdat de seksuele grenzen bij slachtoffers soms zo vervaagd zijn, dat ze niet goed weten wat gezond of ongezond gedrag is, en daardoor mogelijk onbewust de seksuele grenzen van anderen overgaan. Tot slot is het belangrijk om te vragen of de slachtoffers ergens hulp bij nodig hebben of behoefte hebben aan contact met

bijvoorbeeld een psycholoog, arts, de politie, advocaat, of het schadefonds.

Door wie checken?

Een van de belangrijkste benodigde eigenschappen van de uitvoerders van de periodieke check-ups, is volgens de deelnemers expertise. De periodieke check-up kan niet door elke willekeurige kinderarts of huisarts uitgevoerd worden, maar moet door iemand uitgevoerd worden die kennis heeft op seksuele uitbuiting en seksueel misbruik, en die goed geïnformeerd is over de achtergrond van de periodieke check-up. Daarnaast heeft een multidisciplinair team de voorkeur, zodat het gemakkelijker is verschillende ontwikkelingsdomeinen te monitoren en medische verklaringen voor klachten uit te sluiten (e.g., testen op schildklierproblemen bij vermoeidheid via bloedonderzoek). Binnen de jeugd GGZ is het minder gebruikelijk om te vragen naar lichamelijke klachten zoals op het gebied van ontlasting. Tot slot is de werkrelatie, en dus vertrouwensband, met het slachtoffer een belangrijke eigenschap voor een uitvoerder van de periodieke check-up.

"Maar bijvoorbeeld problemen met poepen of plassen is geen standaardvraag van een hulpverlener. [...] Nee, dus dat multidisciplinaire, dat vind ik zo belangrijk. Dat we dat samendoen. Ja, om je vraag te beantwoorden, wie moeten het doen? Iemand waar het kind of het gezin natuurlijk vertrouwen in heeft en die deel uitmaakt van een multidisciplinair team. Dus dat zou een behandelaar kunnen zijn met een medisch geschoold iemand erbij. Daar hebben we nu nog geen systeem voor."

Momenteel is het gemakkelijker binnen (kinder)ziekenhuizen om multidisciplinair te werken dan in de reguliere GGZ. Echter, zelfs met een samenwerking tussen een kinderziekenhuis, GGD, politie en GGZ, zal een hulpverlener niet om een verwijsbrief van de huisarts heen kunnen. Het verkrijgen van een verwijsbrief gaat regelmatig moeizaam vertellen de deelnemers, en daarom multidisciplinair werken ook. Multidisciplinair werken is volgens de deelnemers soms gemakkelijker binnen een onderzoek dan binnen de zorg. Een combinatie van de twee geeft wat meer ruimte. Bij het optuigen van periodieke check-ups zou er naar dit soort bestaande structuren gekeken kunnen worden.

"Nee, ik zie dan vooral beren op de weg. Want hoe krijg je dat voor elkaar? Dan heb je al snel een verwijzing van de huisarts nodig, en die krijgen is altijd erg moeilijk. [...] Ik moet zeggen dat wij wel vragen stellen over menstruatie, over ontlasting, over vaak kunnen plassen wel of niet, maar we hebben wel eens vaker meegemaakt dat de huisarts dan niet voldoende signalen ziet. Ook niet wanneer je meegaat naar een gesprek om meer achtergrond te geven. [...] Pas na maanden zeuren heeft hij ons pas doorverwezen. De kinderarts heeft het wel heel serieus genomen en is daar wel mee aan de slag gegaan."

Meerwaarde periodieke check-up

De meerwaarde van de periodieke check-up zit volgens deelnemers voor een groot deel in de preventieve werking ervan. Door na enige tijd te checken hoe het met een slachtoffer gaat, kan vroegtijdig gesignaleerd worden of iemand weer hulp nodig heeft, waardoor een behandeling korter ingezet kan worden. Slachtoffers herkennen bovendien niet altijd de risico's bij zichzelf, dus een periodieke check-up zou kunnen voorkomen dat ze opnieuw in een diepe put belanden. Naast mentale klachten, zou een periodieke check-up ook lichamelijke klachten kunnen voorkomen. Overgewicht in combinatie met toxische stress maakt bijvoorbeeld de kans op hart-

en vaatziekten groter.

"Ik denk dat het secundaire preventieve effect van de check-ups ervoor zorgt dat de slachtoffers beter ondersteund tot ontwikkeling kunnen komen, ondanks wat ze hebben meegemaakt."

Een ander voordeel van de periodieke check-up is dat een slachtoffer bij nieuwe klachten niet opnieuw een vertrouwensband hoeft op te bouwen met een behandelaar, omdat die goede werkrelatie al aanwezig is. Hierdoor bespaar je tijd, omdat het laagdrempeliger is voor slachtoffers en diens omgeving om over hun klachten en ervaringen te spreken.

"We merken ook dat door het vertrouwen wat je opbouwt [...] het veel laagdrempeliger is wanneer zo'n jongere weer bij dezelfde persoon kan en je het direct weer kan oppakken, dan wanneer je helemaal opnieuw moet beginnen en weer je verhaal moet doen. Dat vraagt veel meer, ook van de kinderen."

Daarnaast doen periodieke check-ups recht aan en erkennen ze de veelzijdige, diepe impact van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik op alle betrokkenen. Het zorgt ervoor dat slachtoffers zich serieus genomen, gehoord en gezien voelen. Seksuele uitbuiting en seksueel misbruik zijn niet klaar na een behandeling, maar het is iets wat je je hele leven meeneemt. Dit komt onder andere doordat de geheimhouding langdurige stress veroorzaakt die niet gemakkelijk weggaat en invloed heeft in alle levensfasen, onder andere op stress in het lichaam, het zelfbeeld, de intimiteit en de sociale ontwikkeling.

"Dat hoor ik ook wel terug dat mensen dit systeem echt ervaren als een erkenning van de diepe impact die het kan hebben. Ze voelen zich serieus genomen ermee. [...] Ik denk dat een intensief of een langdurig traject recht doet aan de veelzijdige impact van seksueel misbruik op alle betrokkenen."

Randvoorwaarden

Om periodieke check-ups te organiseren zal er aan een aantal randvoorwaarden voldaan moeten worden. Ten eerste moet er rekening gehouden worden met de privacywetgeving, wat betekent dat een behandelaar duidelijk uit moet leggen aan een cliënt waarom de periodieke check-up multidisciplinair aangepakt wordt en daar expliciet toestemming voor vraagt.

"Als je dat echt wil, omdat je ook echt begrijpt als professional dat je het alleen niet kan en niet alleen wil werken, monodisciplinair, dan weet ik zeker dat je in je dossier en aan je cliënt uit kunt leggen waarom je dat samendoet. [...] Ja, dat er dan 23 dossiers open staan, dat vind ik wel heel treurig. Maar ja, dat is wel gewoon in het echt zo. Dus je hebt een kind, die is hier. Dan heb je nog twee broertjes, die zijn daar en heb je nog een vader en die zit bij de volwassen ggz of bij de verslavingszorg."

Ten tweede moet er voldoende geld beschikbaar worden gemaakt om de periodieke check-ups op te zetten en moet het financiële systeem aangepast worden. Momenteel is het makkelijker om financiering te regelen voor de initiële behandeling en voor het achttiende levensjaar, dan voor de periode na het afronden van een behandeling waarin de check-up zou plaatsvinden. Momenteel kun je alleen een DBC openen als er een diagnose is, maar als een behandeling afgesloten is, is er geen diagnose meer waardoor een periodieke check-up over een half jaar lastiger te financieren is als er dan geen diagnose is. Om een periodieke check-up nu te

financieren zou de DBC opengehouden moeten worden. Bovendien hebben ziekenhuizen te maken met productieplafonds. Een voorstel van de deelnemers zou zijn om via VWS een losse pot financiering te regelen, zoals ook bij een ander project is gedaan, waarbij een nieuwe diagnose-behandelcombinatie (DBC) wordt aangelegd, zodat het toegankelijker wordt en de eerste lijn niet extra belast wordt. Op de lange termijn kunnen periodieke check-ups ook geld besparen door de preventieve werking en reeds opgebouwde werkrelatie.

"Ja, dat kost geld, maar wat kost het voor een geld als je eens in de zoveel tijd even een uurtje een gesprek voert en er is niks aan de hand, of er is wel iets aan de hand dan dat je heel lang wacht en een heel traject weer moet gaan uitzetten? Dat kost ook geld, dus je kan beter investeren, vroegtijdig, preventief en dat budget dan ook beperkt houden dan dat je uiteindelijk toch weer duizenden euro's, even financieel gezien, weer moet uitgeven aan behandelingen."

Een derde randvoorwaarde is dat er voldoende professionals zijn met de juiste expertise om de periodieke check-ups uit te kunnen voeren. De deelnemers zijn van mening dat er momenteel te weinig professionals zijn met deze kennis en kunde.

Tot slot moet er voldoende draagvlak zijn voor of consensus over de periodieke check-ups. Zes jaar geleden, in 2020, heeft Iva Bicanic van het Centrum Seksueel Geweld (CSG) al een rondvraag gedaan naar het draagvlak (zie pagina 170).

Kennishiaten & vervolgonderzoek

Er is volgens de deelnemers meer onderzoek nodig naar de periodieke check-up, waaronder de lange termijn gezondheidswinst, op mentaal en lichamelijk vlak. Ook zouden slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik langdurig gevolgd moeten worden om te onderzoeken welke mensen het meeste risico lopen op seksuele uitbuiting en seksueel misbruik en welke klachten zij ervaren, zodat periodieke check-ups gerichter kunnen worden toegepast en de juiste uitkomstmaten worden gecheckt. Hiervoor zou een power analyse gedaan moeten worden om er zeker van te zijn dat er genoeg power is in een longitudinale studie, met mogelijke drop-out, om significante verschillen te kunnen waarnemen. De verwachting van de deelnemers is dat de drop-out laag zal zijn vanwege de grote commitment van de slachtoffers voor onderzoek. Verder zouden er lijsten ontwikkeld moeten worden met vragen om te stellen tijdens de periodieke check-up over onder andere de mentale en lichamelijke klachten van het slachtoffer, en diens huidige situatie. Hiervoor zou inspiratie opgedaan kunnen worden bij andere ziektegroepen. Ook zou er gekeken moeten worden naar bestaande structuren waarbinnen de periodieke check-up opgetuigd zou kunnen worden.

"Dit is maatschappelijk belangrijk. Dit heeft grote consequenties voor onze arbeidsmarkt, voor onze zorgverzekering, voor de hele toekomst. We willen dat aantonen en we willen daar zelfs misschien wel een kosten-batenanalyse van maken. Maar er moet dus wel een onderzoeker en een epidemioloog en een econometrist bij komen om dat op die manier te doen. En dat vergt wel een grote investering, eenmalig denk ik, om die denkkrachten bij elkaar te brengen en een goed doordacht plan te maken. Maar dan moeten we ook het liefst een regering hebben die ook B zegt van A ga dit plan maken en B dit is wat jullie gaan doen en ik denk dus dat de politiek gezien is er natuurlijk al een lobby aan de hand. Maar misschien moeten we hem zelf maatschappelijk breder inzetten zodat die urgentie op alle vlakken wordt gevoeld. Dit is niet een probleem van

de slachtoffers. Dit is niet een probleem van ons als zorgverleners. Dit is een probleem van het land. Daar moeten we met z'n allen wat aan doen en daar moeten we met z'n allen middelen voor vrij gaan maken. [...] Met een goede groep die verstand heeft van DBC's, van privacy, die committed is op dit onderwerp, die bij elkaar brengen en daar een gedegen plan mee maken."

Bovendien zou onderzocht kunnen worden wat de invloed is van de geheimhouding en de toxische stress die dit met zich meebrengt in verhouding tot stress als gevolg van andere ziektes met een grote belasting op gezinnen.

"Je wilt vergelijken: wat is nou de invloed van deze geheimhouding, van deze toxische stress op stress die we kennen van ziektes die ook een grote belasting hebben op gezinnen? Dan moet je wel gaan kijken naar generieke uitkomst waarde. Dus juist dingen die bij ziektegroepen ook worden gedaan moet je extra toevoegen aan deze groep omdat je dan iets kan zeggen over het verschil. En misschien doen ze het wel heel veel slechter dan een kind met jeugdreuma of een kind met kinderkanker. Dat weten we nu gewoon niet omdat we dat niet goed kunnen vergelijken."

Daarnaast is er meer onderzoek nodig dat zich richt op hoe slachtoffers ook plegers kunnen worden van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik.

Tot slot moeten de slachtoffers onderzocht worden die niet in behandeling zijn, om te kijken of bij hen dingen goed gaan waar we van kunnen leren.

Codering 3.1

Tabel 3.1.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Eerdere ervaringen/revictimisatie	6
Leeftijd/ontwikkelingsfase	6
Aangifte/rechtszaak	3
Intergenerationele overdracht	3
Gender	2
Zorgmijding	2
Achtergrond gezin	1
LVB	1
Totaal	**24**

Tabel 3.1.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Pleger	3
Online/Offline	2
Duur misbruik/uitbuiting	1
Totaal	**6**

Tabel 3.1.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Leefgebieden	2
Totaal	**2**

Tabel 3.1.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Seksuele ontwikkeling	6
Eetproblemen	5
Geheimhouding	4
Relaties	3
Victim blaming	3

Zelfvertrouwen/zelfbeeld	3
Automutilatie	2
Isolatie/eenzaamheid	2
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	2
Reactie omgeving	2
Risicovol gedrag	2
Vermijding	2
Vrienden	2
Financiën	1
Geaardheid vragen	1
Schaamte	1
Suïcidaliteit	1
Trauma/PTSS	1
Totaal	**43**

Tabel 3.1.5
Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Bekkenpijn/spanning	2
Menstruatie	2
Zindelijkheidsproblemen	2
Bloeddruk verhoogd	1
Bloedprikken	1
Gewicht	1
Hart- en vaatziekten	1
Hormonen	1
Slaapproblemen/nachtmerries	1
Spanning in lijf	1
Vermoeidheid	1
Totaal	**14**

Tabel 3.1.6
Behandeling

Code	Aantal
GGZ	10

Expertise	7
Kinderarts	7
Systeemgericht	7
Samenwerking	4
Traumabehandeling	4
Werkrelatie	4
Huisarts	3
Eraan toe zijn/klaar voor zijn	2
Psycho-educatie	2
Steunfiguur omgeving	2
Verblijfplek	2
EMDR	1
Forensisch onderzoek	1
GGD	1
PMT	1
Psycholoog/psychiater	1
Vaktherapie	1
Totaal	**60**

Tabel 3.1.7

Nazorg & Periodieke check-ups

Code	Aantal
Kosten/financiering check-up	12
Multidisciplinair	11
Opnieuw hulp nodig	10
Preventief	10
Duur en frequentie check-ups	8
Wat meten/monitoren	7
Uitvoerder check-up	6
Formele check-up	5
Draagvlak	4
Erkenning/gezien of gehoord voelen	4
Overblijvende klachten	4
Medische check-up	3
AVG/privacywetgeving	2

Geen huidige check-up	2
Personeelstekort/werkdruk	2
Selectiecriteria	2
Vrijwillig	2
Aanbieden	1
Terug bij dezelfde organisatie/hulpverlener	1
Totaal	**98**

Draagvlak

Professionals die vóór de uitvoering van periodieke check-ups zijn. Dit is zes jaar geleden, in 2020, opgehaald door Iva Bicanic van het Centrum Seksueel Geweld (CSG), met toestemming om de namen van professionals en organisaties te delen.

Naam	Functie	Organisatie
Anne Koning	GZ-psycholoog	Elker
Annelieke van Dam	GZ-psycholoog	Care-Express
Anne-Marie Lohmann	Orthopedagoog-generalist/ gedragsdeskundige team diagnostiek en behandeling, VAK team en taxatieteam	Jeugdformaat
Annemarie van Rijn	Teamleider maatschappelijke participatie	Fier
Barbara Fischer	Klinisch psycholoog	Fier
Carlijn Nijhuis	GZ-psycholoog	Lentis
Caroline Poleij	klinisch psycholoog BIG /cognitief gedragstherapeut/ orthopedagoog-generalist BIG	BRight GGZ Jeugd en Gezin Amsterdam
Cathlyn Kollen	Directeur/eigenaar	inCtrl-zorgnetwerk
Danielle Jacobs	GZ-psycholoog	GGzE
Desiree Florisson	GZ-psycholoog	Reinier van Arkel
Elvira Rentinck	GZ-psycholoog	GGZ NHN
Esther Claessen	Gedragswetenschapper/ orthopedagoog-Generalist	Youké
Fieke Falke	GZ-psycholoog	Arkin Jeugd & Gezin
Fleur van de Poel	GZ-psycholoog	Mentaal Beter
Gerda de Groot	Eigenaar	Fier & Rechtsom Academy
Janneke Faber	Orthopedagoog-generalist	Netwerkpsychologen
Judith Jong	Orthopedagoog	Stichting Reik
Larissa van der Molen	Eigenaar/psycholoog	Praktijk de troostboom
Linda Terpstra	Initiatiefnemer	Fier & Veilige Veste
Lisette Harder-Schuil	In opleiding tot orthopedagoog	Stichting Reik
Machteld Jansen	Klinisch psycholoog	Karakter
Marianne Vellinga	GZ-psycholoog	De Waag
Marie Jeanne-Berkers	Orthopedagoog-generalist	Mutsaersstichting
Marije Claessens van der Wijngaard	GZ-psycholoog	Praktijk MINT
Marijke Kok	Psycholoog	Psychologen Praktijk Groene Hart

Marion van Grondelle	Orthopedagoog-generalist	CJG Capelle a/d IJssel
Marjolein Ooms	GZ-psycholoog	Ambiq
Merel Meershoek	GZ-psycholoog	Intermetzo --> Pluryn
Merel van Leersum	Behandelaar	Accare
Monique de Koning	Senior-adviseur gezondheid	Gemeente Utrecht
Monique Scheres	Orthopedagoge-generalist	Mutsaersstichting
Nanouk Bakker	Klinisch psycholoog	Heelzorg
Nele Giele	Psychotraumatoloog	TraumaZorg
Reina Marchand-Meere	Orthopedagoog-generalist	De Synergie
Rianne Groen	Beleidsmedewerker	P3NL
Roelinka Kamstra	Orthopedagoog	Gemeente Coevorden
Sanne van Gent	GZ-psycholoog	GGZ Centraal
Shenna Werson	Teamcoördinator	Mutsaersstichting
Sietkse Triemstra	GZ-psycholoog	Jeugd GGZ
Tanja Lachnit	Jeugd psycholoog	Ouder- en Kindteams Amsterdam
Theo van Rijnsoever	GZ-psycholoog	Youz
Wieneke Goenee	Klinisch psycholoog	Arkin Jeugd & Gezin
Willemijn van de Hoek	Gezin/systeem therapeut	GGZ Centraal

Bijlage 12 - Verslag focusgroep 3.2

Verslag van de focusgroepen met professionals en wetenschappers over de periodieke check-ups na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Vrijdag 9 mei 2025

Aan deze focusgroep deden twee deelnemers mee met verschillende functies waaronder psycholoog en jeugd- en gezinsprofessional. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Informele check-ups

Periodieke check-ups gebeuren momenteel soms op een informele manier volgens de deelnemers. Er wordt bijvoorbeeld afgesproken dat een slachtoffer na enige tijd terugbelt. Het gebeurt ook regelmatig dat slachtoffers of ouders uit zichzelf na enige tijd terugbellen. Hieruit blijkt dat er ook een behoefte is aan contact na een behandeling.

"Eigenlijk pleiten we ervoor om een check-up te mogen doen. Nu mag het niet, omdat het gewoon niet is ingebouwd en wij volgens de Jeugdwet werken. En dat vind ik echt ergens een gemis. En toevallig werd ik van de week gebeld door een meisje die wij drie jaar geleden in behandeling hebben gehad, waarbij de moeder dus ook kennelijk mijn telefoonnummer heeft bewaard, die dus zelf eigenlijk op de lijn komt. Mag ik weer heel even met jou sparren? [...] Of ik zeg weleens, als je er echt niet uitkomt, wacht niet te lang, maar app mij of bel maar eventjes want dan ga ik kijken of ik je op de goede weg kan zetten. [...] En dat is ook wel een beetje wat er gebeurt dan, want ik had het nummer van deze moeder niet meer, want dat moeten wij allemaal netjes uit onze telefoon verwijderen, maar zij had hem kennelijk wel bewaard. Dat gebeurt wel vaker en dan ook wel eens met jongeren. Die hebben dan toch mijn nummer nog wel, ook al heb ik dat van hun niet meer."

Periodieke check-ups zijn geen nieuw fenomeen. De deelnemers benoemen dat er al behandelmethodieken zijn met booster sessies, zoals bijvoorbeeld multisysteem therapie (MST).

"Overigens heeft bijvoorbeeld MST ook booster sessies voor gezinnen. [...] Je krijgt vijf booster sessies cadeau bij afsluiten van het traject. Ik heb geen idee hoe ze dat ingeregeld hebben. [...] Mensen kunnen gewoon bellen na een half jaar van 'Joh, het gaat even niet lekker. Kunnen jullie weer even met ons die dingen doornemen?' Hoe doen zij dat dan? Hoe schrijven ze dat weg? Hoe verantwoorden ze dat? Wat als daar meer vragen uit voortkomen, wat doe je dan? Wie dan? Ja, dat is wel, vind ik wel heel boeiend."

Bij wie checken?

Er kunnen op een later moment nieuwe klachten ontstaan bij slachtoffers waarvoor hulp nodig is of slachtoffers krijgen bijvoorbeeld een terugval. In die situaties en bij complexe casuïstiek met klachten op meerdere levensgebieden zou het passend zijn om een periodieke check-up te doen volgens de deelnemers. Op het moment voeren de deelnemers nog geen periodieke check-up uit, maar zij zien wel de noodzaak ervan bij

bijvoorbeeld incestzaken, lopende rechtszaken, en plegers die vast hebben gezeten en vrijkomen. Dit zijn situaties waarin de gehele familie wordt geraakt en er terugkerende momenten zijn die een risico kunnen vormen voor terugval. Er zal niet altijd opnieuw een heel behandeltraject nodig zijn, maar even ondersteunen kan dan helpend zijn.

"Waar ik zelf denk dat het, het meest goed zou zijn is bijvoorbeeld in die complexe incestzaken, omdat dat vaak een proces waar je een familie trauma hebt. [...] Dat ook doorwerkt op allerlei relationele aspecten met ouders, partnerrelaties, familieverbanden. En dan zou je het bijna standaard willen. [...] En juist in die zaken zou je eigenlijk willen zeggen van de doelen zijn behaald, maar wij checken standaard over een half jaar hoe het dan gaat als jullie een half jaar weer op eigen kracht dit hebben gedaan. Soms zou je dus heel even die check willen doen als je weet dat je eigenlijk de therapie goed hebt afgesloten, positief hebt afgerond, trauma klachten zijn afgenomen, maar je weet bijvoorbeeld er staat eind van het jaar nog een zitting gepland wat ook weer traumatiserend kan zijn."

De deelnemers geven aan dat periodieke check-ups wel met maatwerk uitgevoerd moeten worden. Indien een traject van een minder complexe casus positief wordt afgerond, mag een hulpverlener ook vertrouwen tonen in dat een slachtoffer op eigen kracht verder kan. In zulke situaties zou een terugvalpreventieplan en het versterken van het netwerk volstaan.

"Ik vind het nodig, maar wel op maat. Dus ik zou, je zou het eigenlijk willen kunnen aanbieden op het moment dat je denkt dat het passend is in die zaak. Waarom zou je het niet doen? Omdat ik ook vind dat je vertrouwen moet geven op het moment dat je een zaak positief afsluit met op dat moment, even platgeslagen, doel behaalt. Want dat vind ik ook namelijk, het doel van hulpverlening is dat we onszelf overbodig maken. Anders doe ik mijn werk niet goed. Dus dan vind ik ook dat je uit moet stralen dat je alleen weer door kan en dat je dus op je eigen kracht kan vertrouwen."

Wanneer een periodieke check-up wel aangeboden en ingepland wordt, mag een slachtoffer altijd afzeggen. Hij of zij is niet verplicht om te komen, maar de deelnemers verwachten wel dat het aanbod als prettig wordt ervaren door de slachtoffers en diens omgeving.

"Wat ook outreachend is, dus dat het aanbodgericht is. Je bent niet verplicht om te komen, maar we maken wel alvast een afspraak. [...] Maar soms denk ik ook het is zó complex en zó allesomvattend. Dan is het denk ik voor heel veel gezinnen ook wel fijn dat ze niet zelf die stap hoeven te zetten, maar dat er gewoon een aanbod is. Over een half jaar bel ik. Je mag die afspraak ook afzeggen."

Wanneer, hoe lang en hoe vaak checken?

Om te bepalen wanneer, hoe lang en hoe vaak periodieke check-ups uitgevoerd moeten worden, is het van belang te beseffen dat de behoeften van slachtoffers kunnen veranderen over de tijd heen. Wanneer de pleger bijvoorbeeld een bekende is kan een slachtoffer eerst geen behoefte hebben aan contact, maar op een latere leeftijd wel.

"Je kunt nu kiezen iemand nooit meer te willen zien en over een jaar kan je daar anders in staan binnen je familie. En dat is ook oké. Dat mag veranderen, je mag daarin schuiven. Dan is het ook fijn om even met die

behandelaar van toen te kunnen sparren van 'Ik heb toen gezegd, ik wil dat gesprek met mijn opa niet, ik sta daar anders in. Ik zou het eigenlijk nu wel willen. Kunnen jullie me daar ondersteunen?'. Daar zou je echt ruimte voor moeten kunnen creëren, dat dat kan."

De deelnemers geven aan dat een periodieke check-up eens in het jaar of half jaar passend zou zijn. Er zou ook met een systeem gewerkt kunnen worden waarbij de tijd tussen de check-ups steeds langer wordt wanneer het goed gaat met het slachtoffer. Er zou bijvoorbeeld gestart kunnen worden met 3 maanden, dan 6 maanden, enzovoorts. Deze afspraken hoeven niet lang te duren, in sommige gevallen zal extra hulp onnodig blijken waardoor een afspraak mogelijk maar een half uur duurt. De deelnemers betwijfelen of het haalbaar is om een jong slachtoffer 18 jaar lang te monitoren en of dat nodig is. Momenteel wordt er dan een signalerende functie weggelegd bij ouders en bijvoorbeeld school. Ook vinden de deelnemers het lastig om in te schatten hoe de hulpverlening er over tien jaar uit ziet.

Wat checken?

De deelnemers beschrijven dat tijdens de periodieke check-up factoren op verschillende levensgebieden van een slachtoffer gemonitord moeten worden, zoals de traumaklachten (triggers, nieuwe herinneringen), de schoolgang, het dagelijks leven, de gezinsdynamiek, angsten, de aanwezigheid van seksuele uitbuiting, en lichamelijke klachten. Hier zou mogelijk een lijst voor ontwikkeld kunnen worden. Dan is er maatwerk nodig om te kijken welke vragen van toepassing zijn op het slachtoffer.

"Voor mij zou dat dus gaan om bijvoorbeeld trauma klachten. Hoe gaat het daarmee in het hier en nu? Maar ook gewoon een check op die leefgebieden. [...] Bijvoorbeeld van tieners: schoolgang, het dagelijks leven, de gezinsdynamiek. Het belangrijkste is triggers. Soms zie je dat er nieuwe herinneringen zijn gekomen doordat er andere situaties zich hebben voorgedaan."

Door wie checken?

De uitvoerder van de periodieke check-up kan volgens de deelnemers het beste een bekende hulpverlener zijn. Voor slachtoffers is het fijn als de uitvoerder het verhaal van de slachtoffers kent, zodat hij of zij niet het hele verhaal opnieuw hoeft uit te leggen.

"Ik denk dat voor kinderen jongeren echt ook nog een ding is. Zeker als er een klik is, want zo snel heb je dat niet met jongeren. En als je dan weer een nieuw persoon zeg maar bij zo'n check-up is eigenlijk voor nazorg, want hun, dat niet begrijpen waarom ze dan op nazorg moeten komen, of check-up hoe je dat nog wil noemen. Nee, een bekende is daar toch wel heel erg belangrijk."

Er zou multidisciplinair samengewerkt kunnen worden voor de periodieke check-ups zodat, als er toch behandeling nodig blijkt bijvoorbeeld op medisch vlak, een slachtoffer snel verwezen kan worden naar de juiste partij. Momenteel worden dergelijke zaken uitbesteedt. Er moeten dan wel duidelijke afspraken gemaakt worden over wie de regie heeft.

"Wij zitten wat minder op dat stuk, op die lichamelijke klachten. We hebben daar wel onze lijnen voor, maar dan besteden we dat eigenlijk uit. Dus aan bijvoorbeeld de GGD. Ik denk eigenlijk dat bijvoorbeeld een GGD en

gespecialiseerde verpleegkundige dit misschien wel zou moeten kunnen zonder dat daar dus allerlei... Dat weet ik eigenlijk niet, of daar wet- en regelgeving aan zit. Dat zij misschien wel dat lijntje kunnen houden of gewoon kunnen zeggen van joh weet je, ik zie over een half jaar weer. Ik weet eigenlijk niet of dat kan vanuit artsen perspectief."

De deelnemers kwamen uiteindelijk tot de conclusie dat behandelaren zelf de periodieke check-up en eventuele benodigde aanvullende hulp moeten oppakken. Dit zou kunnen in de vorm van een gesprek, maar ook in de vorm van een vragenlijst.

"Nee je ziet ook meteen ingewikkelde dingen eigenlijk. Dus dan moet die huisarts dat heel snel bedenken voor die cliënt: 'Oh ja wacht, er moet een seintje na een half jaar even naar...' Dat is niet te doen. Ingewikkeld. Ja, weet ik niet zo goed. Kijk het liefst zou je het zelf willen doen. Dus inderdaad zo'n gestandaardiseerde procedure. Na een half jaar krijg je een mailtje vanuit een planning van u heeft een half jaar geleden hulp gehad bij deze organisatie, hoe gaat het nu? Wilt u voor ons een vragenlijst invullen?"

Meerwaarde periodieke check-up

De meerwaarde van de periodieke check-up zit volgens deelnemers onder andere in de mogelijke preventieve werking ervan. Een ander voordeel van de periodieke check-up is dat een slachtoffer bij nieuwe klachten niet opnieuw een vertrouwensband hoeft op te bouwen met een behandelaar, omdat de behandelaar het verhaal al kent. Hierdoor bespaar je tijd.

"Zoveel druk geeft dat denk ik niet, want het gebeurt nu ook wel eens. Want omdat je het hele verhaal al kent en je weet wat je hebt ingezet, gaat dat nooit zoveel tijd vragen als een nieuwe aanmelding. Dan ben je uiteindelijk sneller klaar. Of kun je erger voorkomen. Ja, dat geeft nooit zoveel druk op een caseload. Ja, dan moet er echt iets helemaal nieuws gebeurd zijn."

Daarnaast zorgen periodieke check-ups ervoor dat slachtoffers zich gehoord en gezien voelen. Wanneer er geen nieuwe hulp nodig is, kan de periodieke check-up kan het slachtoffers ook een bevestiging geven dat het goed met ze gaat, wat ze ook in hun kracht kan zetten. Ook kan de periodieke check-up een geruststelling of houvast geven voor slachtoffers en bijvoorbeeld ouders, omdat er iemand is op wie ze terug kunnen vallen en met wie ze contact op kunnen nemen als het even niet gaat.

"Empowerment en ook wel denk ik, we hebben je nog in beeld. Wij zien heel veel hele beschadigde kinderen met ook hechting trauma. Hoe fijn is het dan dat iemand na een half jaar nog weet wie jij bent? Want ook dat doet iets, dat je even zegt van 'Hoe gaat het eigenlijk met jou?' Zeker voor die kinderen die in de jeugdzorg rondgepompt worden, denk ik, hoe fijn is het dan dat er iemand toch nog even aan jou denkt?"

Tot slot geven de deelnemers aan dat een periodieke check-up ook geruststellend zou zijn voor henzelf, zeker aangezien ze soms wel 1,5 jaar betrokken zijn bij een slachtoffer.

"Ik denk waarom wel? Misschien ook een beetje geruststelling voor mijzelf. Er zijn soms best heftige zaken waar je aan moet werken en die je moet afronden en waar je soms ook helemaal niet de controle hebt om dat nog eens te checken. Als ik bijvoorbeeld bij een school zit, kan ik moeilijk over een half jaar later eens gaan checken

of het met meisje X wel oké gaat, want dat is gewoon niet toegestaan natuurlijk, als ik dat vanuit mijzelf doe. [...] Dan heb ik wel eens gehoord: 'Iemand was wel op zoek eigenlijk nog naar jou.' en dat vind ik dan soms wel moeilijk. Dan denk ik, dan had ik haar nog even kunnen helpen."

Randvoorwaarden

Om periodieke check-ups te organiseren zal er aan een aantal randvoorwaarden voldaan moeten worden. Ten eerste moet er rekening gehouden worden met de privacywetgeving, wat betekent dat een behandelaar expliciet toestemming aan een slachtoffer moet vragen om multidisciplinair samen te werken en persoonlijke gegevens te bewaren om contact op te kunnen nemen voor de periodieke check-up. Vanwege de privacywetgeving kunnen verwijzers, zoals huisartsen of gemeentes, volgens de deelnemers ook lastig de periodieke check-up uitvoeren.

"Ja, wij zijn bijvoorbeeld nu al zorgvuldig met die AVG wet, omdat ze bij ons ook echt wel heel erg zitten op die cyberveiligheid. Dus wij moeten altijd heel gauw alles verwijderen. Dus wij kunnen bijna niks bewaren, geen telefoonnummers dus. Daar zijn ook echt afspraken over. Dus je als je een follow-up wilt doen, dan moet je ook iets met die AVG wet dat je dat dus langer mag bewaren bijvoorbeeld. Dus daar moet dan ook iets in, en nu mag dat niet."

Ten tweede moet er voldoende geld beschikbaar worden gemaakt om de periodieke check-ups op te zetten en moet het financiële systeem aangepast worden. Momenteel is het namelijk niet toegestaan om langdurig een dossier open te laten staan of om nu uren te schrijven die je later maakt. Er zou ontschotting moeten plaatsvinden en geregeld moeten worden dat er een soort verlening mogelijk is, zoals bij de verlengde Jeugdwet, zodat er in de uitvoerders van check-ups geen wisseling plaatsvindt als een slachtoffer 18 jaar wordt.

"Eigenlijk wil je voor die inhoud gaan, wat we ook prima kunnen verantwoorden, maar niet financieel. Want ja, hoezo zou ik een dossier openlaten op iets wat misschien wel of niet nodig is? Dus op inhoud kunnen wij dit allemaal verantwoorden, maar zo'n gemeente zegt dan 'Jij laat een dossier open!'. Dat zijn dan van die contractafspraken. De ene maakt uurtje factuurtje, de ander zegt je krijgt de helft bij het begin, de helft bij het eind. Waardoor je bijvoorbeeld ook als je die dingen niet afsluit, als instelling in de problemen komt, omdat je bijvoorbeeld niet betaald krijgt, omdat daar andere contractafspraken liggen."

Tot slot moeten er voldoende professionals zijn om de periodieke check-ups uit te kunnen voeren. De deelnemers zijn van mening dat hier momenteel te weinig professionals voor zijn, omdat er nu al lange wachtlijsten zijn. Op plekken waar de multidisciplinaire samenwerking al bestaat zou de uitvoering makkelijker kunnen zijn. De professionals verwachten dat de check-ups zelf niet veel tijd gaan kosten, maar dat er wel goed moet worden nagedacht over wat te doen bij een nieuwe hulpvraag.

"Wij werken in verschillende fasen en in die nazorgfase, integratiefase heet dat voor ons, zou je een check-up kunnen doen. Dan kun je het zelf doen en dan denk ik dat dat niet veel tijd kost. Ik denk wel dat je heel goed moet nadenken over het doel van die check-up. Welke vraag staat daar dan in centraal? Wat doe je daar dan in? Wat als daar een nieuwe hulpvraag uit komt? Ga je die dan ook weer zelf oppakken? Dus ook dat is nog niet zo eenvoudig, want dat betekent ook iets voor je caseload als daar wel iets in moet."

Kennishiaten & vervolgonderzoek

Er zou gekeken kunnen worden naar hoe bestaande methodieken booster sessies regelen. Mogelijk komen daar aanknopingspunten uit voor het regelen van periodieke check-ups.

Ook geven de deelnemers aan dat er een risicoanalyse gedaan zou kunnen worden om beter het risico op terugval in te schatten, onder andere op verschillende leeftijden en bij verschillende soorten casussen.

Codering 3.2

Tabel 3.2.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Aangifte/rechtszaak	3
Leeftijd/ontwikkelingsfase	3
Totaal	**6**

Tabel 3.2.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Pleger	4
Type gebeurtenis	1
Totaal	**5**

Tabel 3.2.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Leefgebieden	1
Totaal	**1**

Tabel 3.2.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Trauma/PTSS	8
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	3
Angst	2
Financiën	1
Schoolprestaties	1
Schooluitval	1
Totaal	**16**

Tabel 3.2.5
Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Zwangerschap	1
Totaal	**1**

Tabel 3.2.6
Behandeling

Code	Aantal
Gemeente	8
Maatwerk	4
Huisarts	2
Systeemtherapie	2
Werkrelatie	2
GGD	1
GGZ	1
Kinderarts	1
Verblijfplek	1
Totaal	**22**

Tabel 3.2.7
Nazorg & Periodieke check-ups

Code	Aantal
Duur en frequentie check-ups	15
Kosten/financiering check-up	10
Uitvoerder check-up	10
Opnieuw hulp nodig	9
Formele check-up	8
Wat meten/monitoren	7
Multidisciplinair	6
Selectiecriteria	6
Informele check-up (chat/bellen)	5
Geruststelling slachtoffer	4
Personeelstekort/werkdruk	4
Preventief	4
Terug bij dezelfde organisatie/hulpverlener	4

Aanbieden	3
Geruststelling professional	3
AVG/privacywetgeving	2
Vrijwillig	2
Erkenning/gezien of gehoord voelen	1
Overblijvende klachten	1
Overgang 18-/+	1
Totaal	**106**

Bijlage 13 - Reactie op (niet-)WMO-aanvraag

Reactie op (niet-)WMO-aanvraag 25-189/DB (Do 2025-07-24 15:08)

Outlook

Reactie op (niet-)WMO-aanvraag 25-189/DB

Van METC | NedMec <metc@nedmec.nl>
Datum Do 2025-07-24 15:08
Aan Rosanne van der Jagt-Smit <r.vanderjagt@kenniscentrum-kjp.nl>
Cc Hannah Ellerbroek <h.ellerbroek@kenniscentrum-kjp.nl>

Geachte Rosanne van der Jagt,

De Medisch Ethische Toetsingscommissie NedMec (METC NedMec) heeft op 18 juli 2025 documenten ontvangen betreffende onderzoeksvoorstel nummer 25-189/DB, getiteld: "Gevolgen, behandeling, nazorg en periodieke check-ups bij slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik", ingediend namens Hannah Ellerbroek (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie).

In het (niet-)WMO-formulier is bij punt A3 'Twijfel' ingevuld. De commissie is van oordeel dat uw voorstel geen medisch-wetenschappelijk onderzoek volgens de definitie van de CCMO betreft. Zoals in het formulier aangegeven, is een afweging van de METC over de reikwijdte van de WMO in dat geval niet aan de orde.

Dit betekent ook dat de METC geen wettelijke taak heeft bij de inhoudelijke beoordeling van dit voorstel.

De commissie attendeert u erop dat deze correspondentie geen toestemming voor de uitvoer van het voorstel is. U bent zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van het voorstel volgens de geldende wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de AVG, de WGBO en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd. Het is niet nodig dat u de METC nader informeert over voortgang en afsluiting van het onderzoek.

To whom it may concern, It is hereby confirmed that the abovementioned study protocol (25-189/DB) entitled "Gevolgen, behandeling, nazorg en periodieke check-ups bij slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik", does not concern medical-scientific research as defined by the Dutch Central Committee on Research Involving Human Subjects (CCMO). Therefore, an assessment by the MREC NedMec about the scope of the Medical Research Involving Human Subjects Act (WMO) is not applicable.

Met vriendelijke groet,

namens de commissie,

Secretariaat METC NedMec

NedMec
Medisch-Ethische Toetsingscommissie

Medisch-Ethische Toetsingscommissie NedMec
Secretariaat locatie Antoni van Leeuwenhoek | Plesmanlaan 121 | 1066 CX AMSTERDAM
Secretariaat locatie UMC Utrecht | Heidelberglaan 100 | 3584 CX UTRECHT
T +31 (0)88 75 56 376 (Telefoontijden: www.nedmec.nl) | [metc@nedmec.nl]metc@nedmec.nl |
[www.nedmec.nl]www.nedmec.nl

Bijlage 14 - Informatieformulier ervaringsdeskundigen

Informatieformulier voor ervaringsdeskundigen

Informatiebrief

Focusgroepen met ervaringsdeskundigen over de gevolgen, behandeling, nazorg, en check-ups van seksuele uitbuiting en mishandeling

kenniscentrum kinder-en jeugdpsychiatrie

Beste ervaringsdeskundige,

Je bent gevraagd om mee te doen aan een onderzoek. Hier lees je meer over het onderzoek en jouw rechten. Lees dit goed. Je mag rustig nadenken voordat je beslist.

Over het onderzoek

De Tweede Kamer wil graag meer weten over seksuele uitbuiting en seksueel misbruik bij kinderen en jongeren. Daarom heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie gevraagd in gesprek te gaan met ervaringsdeskundigen.

- **Seksueel misbruik** bestaat uit ongewenste seksuele aanrakingen of seksuele handelingen waarbij misbruik gemaakt wordt van leeftijdsverschil of machtsverschil. Er is sprake van een ongelijkwaardige relatie.
- **Seksuele uitbuiting** is de meest voorkomende vorm van mensenhandel en een vorm van seksueel misbruik. Het betekent dat een jongere (emotioneel) afhankelijk wordt gemaakt en wordt gedwongen of misleid om seksuele handelingen te verrichten. Uitbuiters doen dit door gebruik te maken van geweld, dwang, misleiding of chantage (bijvoorbeeld met naaktfoto's of video's). Wat begint als een vrijwillige handeling of afspraak kan omslaan in dwang, waarbij stoppen niet meer mogelijk lijkt. Vroeger werden uitbuiters vaak loverboys genoemd.

We zijn benieuwd naar jouw ervaringen rondom seksuele uitbuiting en seksueel geweld. Welke gevolgen heb je ervaren? Welke behandeling(en) en nazorg heb je ontvangen en hielpen deze? Hoe vaak is er contact met je geweest om te kijken hoe het met je gaat sinds bekend werd dat je slachtoffer was van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik. Hoe heb je dat ervaren en op wat voor manier kunnen check-ups nog beter in de toekomst?

Het onderzoek loopt van februari tot en met december 2025. Ook zal er een literatuuronderzoek uitgevoerd worden.

Mag ik meedoen?

Je mag meedoen aan het onderzoek als je:

- 18 jaar of ouder bent;
- Seksuele uitbuiting of seksueel misbruik hebt meegemaakt vóór of op je 25e; en
- Je momenteel niet in (trauma)behandeling bent.
    - Je mag dus niet deelnemen als je nog actief in behandeling bent voor het verwerken van deze ingrijpende gebeurtenis(sen), zoals bijvoorbeeld een EMDR-behandeling. Je mag wel deelnemen als je in de toekomst nog deelneemt aan een check-up (bijvoorbeeld een jaar na het afronden van een behandeling zoals EMDR).

Waarom meedoen?

Jouw ervaringen kunnen helpen om in de toekomst kinderen en jongeren die seksuele uitbuiting of seksueel misbruik meemaken nog beter te helpen. Hier kan de Tweede Kamer iets in betekenen met behulp van de onderzoeksresultaten.

Wat betekent meedoen voor jouzelf?

Als je mee wilt doen, maakt de onderzoeker met jou een afspraak voor elk van de **drie deelvragen** voor een groepsgesprek van ongeveer **1,5 uur** waarschijnlijk in de periode van **13 oktober t/m 18 november 2025**. Die groepsgesprekken vinden plaats **in Utrecht**. Er zijn ook andere ervaringsdeskundigen bij die seksuele uitbuiting of seksueel misbruik hebben meegemaakt. Het kan zijn dat je dit gesprek zwaar zult vinden, omdat we de gevolgen van seksuele uitbuiting of seksueel misbruik voor jou en de behandeling daarvan gaan bespreken. Denk bijvoorbeeld aan trauma of lichamelijke klachten. Daarom zal er ook een kinder- en jeugdpsychiater bij het gesprek aanwezig zijn. Als je het prettig vindt mag je ook een vertrouwenspersoon meenemen die in een andere ruimte op je mag wachten tijdens de focusgroepen.

Van het gesprek maakt de onderzoeker een geluidsopname via Microsoft Teams en een geschreven verslag. Dit verslag sturen we aan jou op. Je kunt dan kijken of het verslag klopt en of je nog iets wilt veranderen. De opgehaalde informatie wordt ook anoniem verwerkt in een rapport voor het Ministerie van VWS en de webpagina's van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Hier mag je ook feedback op geven. Ook mag je het op het toestemmingsformulier aangeven als je graag wél wilt dat je naam genoemd wordt als expert op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Je naam komt dan niet bij een specifieke zin te staan, maar onderaan de webpagina als expert die heeft bijgedragen aan een bepaalde webpagina. Als bedankje en vergoeding van de reiskosten ontvang je na elk van de drie gesprekken **€100,-**.

Jouw rechten

Moet je meedoen?

Nee, je mag zelf weten of je meedoet. Als je niet wilt meedoen, dan hoeft dit niet. Ook als je al begonnen bent mag je stoppen met het onderzoek wanneer je maar wilt, zonder dat je daar uitleg over hoeft te geven. Ook zul je hier geen negatieve gevolgen van ervaren.

Jouw gegevens zijn geheim

Alles wat je vertelt blijft geheim: alleen de onderzoekers weten wat je hebt gezegd. We zullen het transcript van ons gesprek nooit aan anderen buiten het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie laten lezen, tenzij jij hier toestemming voor geeft. Wat je gezegd hebt wordt anoniem verwerkt, samen met andere resultaten, in een rapport en webpagina voor professionals, ouders en jongeren. Je naam wordt niet op het verslag, in het rapport en op de webpagina genoteerd, en zal nooit bekend worden gemaakt tenzij jijzelf aangeeft op het toestemmingsformulier dat je je naam op de website wilt. Nadat het schriftelijke verslag is gemaakt en door jou is goedgekeurd verwijderen wij de geluidsopname. Jouw persoonlijke gegevens (mailadres en telefoonnummer) worden na het onderzoek direct verwijderd, tenzij je aangeeft op het toestemmingsformulier dat je in de toekomst benaderd wilt worden voor het vernieuwen van de website. In dat laatste geval worden je gegevens maximaal 5 jaar bewaard. De geanonimiseerde onderzoeksgegevens (jouw input in de focusgroep verwerkt in de verslagen) worden, in overeenstemming met de wet, opgeslagen voor de wettelijke periode van 10 jaar.

Jouw beslissing

Wil je meedoen? Dan zet je een handtekening op het toestemmingsformulier. Deze kun je ingevuld opsturen per mail. Mocht dit niet lukken, stuur ons dan een mailtje, dan kijken we samen naar een oplossing. Doe dit **uiterlijk 8 oktober 2025**.

Als je niet mee wilt doen hoef je verder niets te doen. Je hoeft niets te tekenen en hoeft ook niet uit te leggen waarom je niet mee wilt doen.

Vragen en contact

Heb je vragen? Stel ze aan de onderzoeker.

Je mag de onderzoeker Rosanne van der Jagt altijd bellen/mailen:
tel: 06-86806590; r.vanderjagt@kenniscentrum-kjp.nl

Bijlage 15 - Toestemmingsformulier ervaringsdeskundigen

Toestemmingsformulierformulier voor ervaringsdeskundigen

Toestemmingsformulier

Focusgroepen met ervaringsdeskundigen over de gevolgen, behandeling, nazorg, en check-ups van seksuele uitbuiting en mishandeling

kenniscentrum kinder-en jeugdpsychiatrie

- Ik heb de informatie gelezen en **begrepen**. Ook kon ik vragen stellen. Mijn **vragen zijn beantwoord**.
- Ik had **genoeg tijd om te beslissen** of ik meedoe.
- Ik weet dat ik **zelf mag weten** of ik meedoe.
- Ik begrijp dat ik **altijd mag stoppen** als ik niet meer mee wil doen. Hiervoor hoef ik geen uitleg te geven en zal ik geen negatieve gevolgen van ervaren.
- Ik ga akkoord met de **verwerking van mijn gegevens** zoals beschreven staat in de informatiebrief.

Wil je bij alle vragen hieronder je antwoord aangeven?
Je beslist zelf waar je aan mee wilt doen en waar je toestemming voor geeft.

1. Ik wil meedoen aan de groepsgesprekken. (Graag je antwoord aankruisen)
   o Ja
   o Nee
2. Ik wil graag dat mijn naam als expert genoemd wordt op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (Graag je antwoord aankruisen)
   o Ja
   o Nee
3. Ik wil graag in de toekomst benaderd worden als de teksten op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie vernieuwd worden. Mijn emailadres en telefoonnummer mogen daarvoor maximaal 5 jaar bewaard worden. (Graag je antwoord aankruisen)
   o Ja
   o Nee

Naam deelnemer:
Handtekening: Datum : __ / __ / __

Geef of stuur het ingevulde formulier aan een van de onderzoekers voordat je meedoet met het groepsgesprek.

Bijlage 16 - Vragenlijst ervaringsdeskundigen

Vragenlijst over de achtergrondinformatie van deelnemende ervaringsdeskundigen

1. Wat is je leeftijd?
2. Wat is je voornaamwoord?
3. Welk type ervaring heb je meegemaakt (seksuele uitbuiting en/of seksueel misbruik?)
4. Hoe oud was je toen je seksuele uitbuiting en/of seksueel misbruik meemaakte?
5. Was de pleger een bekende of onbekende van je?
6. Vond het online en/of offline plaats?

Bijlage 17 - Topiclist focusgroep 1.3

Topiclist voor de focusgroep met ervaringsdeskundigen over de psychosociale en fysieke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Agenda 04-11-2025 (dinsdag)

- 15 min. (13:00-13:15): Introductie
- 35 min. (13:15-13:50): Psychosociale gevolgen
- 30 min. (13:50-14:20): Fysieke gevolgen & risico- en beschermende factoren
- 10 min. (14:20-14:30): Afsluiting

Introductie

- Welkom
- Bedanken voor komst
- Voorstellen (gespreksleider en kinder- en jeugdpsychiater: naam, functie)
- Doel focusgroep (moties, VWS, onderwerp)
- Duur (1,5 uur)
- Geen pauze gepland, maar indien gewenst mogelijk
- Opname voor verslag (start opname)
- Anoniem verwerkt
- Gespreksafspraken
  - Alle ervaringen zijn belangrijk
  - Er is geen goed of fout, jullie hoeven het niet altijd eens te zijn
  - Laat elkaar uitpraten, maar vul elkaar wel aan
- Voorstellen deelnemers (naam, voornaamwoord, leeftijd, reden deelname)
- Zijn er nog vragen voordat we beginnen?

Vragen

Inleidende vragen

Uitleg over wat we bedoelen met uitbuiting en misbruik

- Zonder op detail van de ingrijpende gebeurtenis in te gaan, valt jouw ervaring meer onder uitbuiting of onder misbruik? En hoe lang geleden is dit gebeurd? Was de dader een bekende of onbekende? Vond het online of offline plaats?

Psychosociale gevolgen

Ervaarde je of ervaar je nog steeds...

- ... psychologische klachten? Zo ja, welke?
  (Bijv. PTSS, depressie, suïcidale gedachten, angststoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve identiteitsstoornis, eetstoornis, pijnstoornis, gedragsstoornis, gedragsproblemen)
- ... gevolgen rondom je identiteitsvorming en zelfbeeld? Zo ja, welke?
  (Bijv. schuld- en schaamtegevoelens)?

- ... sociale gevolgen? Zo ja, welke?
  (Bijv. Stigma, isolatie, relatieproblemen)
- ... gevolgen op het gebied van onderwijs/stage/werk? Zo ja, welke?
  (Bijv. Schooluitval, verslechtering schoolprestaties, baan verloren)
- ... gevolgen op het gebied van financiën? Zo ja, welke?
  (Bijv. Schulden)
- ... gevolgen op het gebied van huisvesting? Zo ja, welke?
  (Bijv. Dakloosheid)
- ... gevolgen op lange termijn (in volwassenheid)? Zo ja, welke?
  (Bijv. Problemen met ouderschap, relatieproblemen)

- Had of heb je bepaalde slechte gewoontes om met je ervaringen om te gaan? Zo ja, welke?
  (Bijv. mensen of plekken vermijden, zelfbeschadiging, drugs, alcohol, eetproblemen, gamen)

Fysieke gevolgen

Ervaarde je of ervaar je nog steeds...

- ... gevolgen op het gebied van eten of honger lichaamsgewicht? Zo ja, hoe had dat invloed op je lichaamsgewicht?
  (Bijv. Onder- en overgewicht)
- Deze vraag ligt misschien gevoelig, dus deze mogen jullie ook overslaan als jullie dat prettiger vinden;
  ... gevolgen op het gebied van infecties zoals SOA's? Zo ja, welke?
- ... gevolgen op het gebied van medische klachten? Zo ja, welke?
  (Bijv. Bekkenbodemproblemen, vaginisme, verhoogde bloeddruk, infecties, pijn)

Risico- en beschermende factoren

- Heeft iemand in jouw gezin of familie ook seksuele uitbuiting of seksueel misbruik meegemaakt? Zo ja, wie was dat?
  (Bijv. Moeder, vader, broer, zus, opa, oma)
- Waren je ouders uit elkaar of gescheiden toen dit gebeurde?
- Hadden je ouders geldproblemen in die tijd?
- Hadden je ouders een liefdevolle relatie of veel ruzie?

Zijn er nog gevolgen die we niet besproken hebben?

Afsluiting

- Laatste vragen/opmerkingen?
- Achtergrondinformatie (vragenlijst)
- Uitleg vervolg (verslag anoniem, feedback op geven, als iedereen akkoord is wordt de opname verwijderd)
- Volgende bijeenkomst
- Bedanken voor komst
- Vergoeding 100 euro

Bijlage 18 - Topiclist focusgroep 2.3

Topiclist voor de focusgroep met ervaringsdeskundigen over de behandeling en nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Agenda 11-11-2025 (dinsdag)

- 10 min. (18:00-18:10): Introductie
- 30 min. (18:10-18:40): Behandeling psychosociale gevolgen
- 20 min. (18:40-19:00): Behandeling fysieke gevolgen
- 20 min. (19:00-19:20): Nazorg
- 10 min. (19:20-19:30): Afsluiting

Introductie

- Welkom
- Bedanken voor komst
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen (gespreksleider en kinder- en jeugdpsychiater: naam, functie)
- Doel focusgroep (moties, VWS, onderwerp)
- Duur (1,5 uur)
- Geen pauze gepland, maar indien gewenst mogelijk
- Opname voor verslag (start opname)
- Anoniem verwerkt
- Gespreksafspraken
    - Alle ervaringen zijn belangrijk
    - Er is geen goed of fout, jullie hoeven het niet altijd eens te zijn
    - Laat elkaar uitpraten, maar vul elkaar wel aan
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen deelnemers (naam, voornaamwoord, leeftijd, reden deelname)
- Zijn er nog vragen voordat we beginnen?

Vragen

Inleidende vragen

- Op basis van jullie ervaring, wanneer was je er klaar voor om aan een behandeling te beginnen? (Bijv. Erkennen slachtofferschap, vertrouwensband behandelaar, veilige woonplek, zwangerschap, praktische belemmeringen)
- Wanneer kon je daadwerkelijk aan een behandeling beginnen?
- Was het bij de start van je behandeling al duidelijk dat er sprake was geweest van seksueel misbruik/uitbuiting of heb je dit op een later moment verteld of gerealiseerd? Hoe heeft dat invloed gehad op de behandeling?

Behandeling psychosociale gevolgen

Welke behandelingen heb je gekregen op het gebied van...

- ...psychologische klachten? In hoeverre was dit helpend voor jou?

(Bijv. TF-CGT, EMDR, verslavingszorg)
- ... sociale gevolgen? In hoeverre was dit helpend voor jou?
  (Bijv. Leren grenzen aangeven)
- ... onderwijs/stage/werk? In hoeverre was dit helpend voor jou?
- ... financiën? In hoeverre was dit helpend voor jou?
- ... huisvesting? In hoeverre was dit helpend voor jou

- Waaraan merkte je bij jezelf dat deze aanpakken/behandelingen (niet) werken?

Behandeling fysieke gevolgen

- Welke behandelingen heb je gekregen op het gebied van lichamelijke klachten?
- Hoe werd er tijdens de behandeling omgegaan met de koppeling tussen de psychosociale en lichamelijke klachten/gevolgen?

Welke behandelingen heb je gekregen op het gebied van...

- ... eetgedrag en lichaamsgewicht? In hoeverre was dit helpend voor jou?
- ... SOA's? In hoeverre was dit helpend voor jou?
- ... medische klachten? In hoeverre was dit helpend voor jou?
  (Bijv. fysiotherapie)

- Waaraan merkte je bij jezelf dat deze aanpakken/behandelingen (niet) werken?

Behandeling algemeen

- In welke volgorde zijn je klachten behandeld? Was deze volgorde helpend?
  Bijv. Eerst verslaving of eerst trauma behandelen?
- Hoe is jouw omgeving betrokken in de behandeling?

Nazorg

Uitleg over wat we bedoelen met nazorg

- Heb je nazorg gehad? Zo ja, waar heb je nazorg gehad? Hoe was die vormgegeven? Hoe lang heb je nazorg gehad?
- Wat was op de lange termijn helpend m.b.t. mentale klachten?
  (Bijv. Welke kernelementen zijn hierbij van belang: veiligheid, autonomie, etc.?)
- Wat was op de lange termijn helpend m.b.t. fysieke gevolgen?
- Hoe is er bij jou omgegaan met de overgang van 18- zorg naar 18+ zorg? (Indien van toepassing.)
- Wat kan er wat jou betreft nog beter in de nazorg?
- Waaraan merk je bij jezelf dat deze nazorg (niet) werkt?
- Hoe is jouw omgeving betrokken in de nazorg?

Zijn er nog behandelingen of vormen van nazorg die we niet besproken hebben?

Algemeen

Wat ging er goed en wat kan er beter?

- Welke (onderdelen van) reacties/behandelingen/aanpakken/nazorg zijn juist NIET effectief (werken niet) of zelfs schadelijk?
- Op wat voor manier beïnvloedde ... de behandeling/nazorg?

- Je leeftijd
  (Bijv. Motivatie, zelfreflectie)
- De frequentie (hoeveelheid/hoe vaak het gebeurde) van de gebeurtenis
- De (on)bekendheid van de pleger
  (Bijv. Omgaan met loyaliteitsconflicten)
- Je (culturele) achtergrond
- De duur sinds de ingrijpende gebeurtenis
- De online/offline aard van de gebeurtenis
- Je gender (jongens, meisjes, LHBTIQ+)

- Waren er factoren die de behandeling/nazorg belemmerden of juist bevorderden?
  (Bijv. Reisafstand, reiskosten, herbelevingen, vertrouwensband/dezelfde behandelaar)
- Hoe werd er samengewerkt met andere partijen (die behandelen)?
  (Bijv. Opvang, buddy, behandelaar)

Afsluiting

- Laatste vragen/opmerkingen?
- Achtergrondinformatie (vragenlijst)
- Uitleg vervolg (verslag anoniem, feedback op geven, als iedereen akkoord is wordt de opname verwijderd)
- Volgende bijeenkomst
- Bedanken voor komst
- Vergoeding 100 euro

Bijlage 19 - Topiclist focusgroep 3.3

Topiclist voor de focusgroep met ervaringsdeskundigen over de periodieke check-ups na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Agenda 18-11-2025 (dinsdag)

- 10 min. (13:00-13:10): Introductie
- 35 min. (13:10-13:45): Huidige uitvoering
- 35 min. (13:45-14:20): Toekomstwensen
- 10 min. (14:20-14:30): Afsluiting

Introductie

- Welkom
- Bedanken voor komst
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen (gespreksleider en kinder- en jeugdpsychiater: naam, functie)
- Doel focusgroep (moties, VWS, onderwerp)
- Duur (1,5 uur)
- Geen pauze gepland, maar indien gewenst mogelijk
- Opname voor verslag (start opname)
- Anoniem verwerkt
- Gespreksafspraken
  - Alle ervaringen zijn belangrijk
  - Er is geen goed of fout, jullie hoeven het niet altijd eens te zijn
  - Laat elkaar uitpraten, maar vul elkaar wel aan
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen deelnemers (naam, voornaamwoord, leeftijd, reden deelname)
- Zijn er nog vragen voordat we beginnen?

Vragen

Uitleg

- **Nazorg:** Hulp na de behandeling die is bedoeld om het geleerde te integreren in het dagelijks leven om zo terugval te voorkomen.
- **Informele periodieke check-up:** Het via informele wegen (e.g., belletje, appje, mailtje) checken hoe het met een slachtoffer gaat.
- **Formele periodieke check-up:** Het via formele wegen (afspraak) checken hoe het met het slachtoffer gaat.

Inleidende vragen

- Hebben jullie na de behandeling nazorg gehad? Hoe was die vormgegeven? Hoe lang heb je nazorg gehad? In welke mate was dit helpend m.b.t. mentale en fysieke gevolgen?
  - Hoe is er bij jou omgegaan met de overgang van 18- zorg naar 18+ zorg?
- Hebben jullie na de behandeling (informele of formele) periodieke check-ups gehad over hoe het

mentaal met je gaat en over mogelijk lichamelijke klachten?
- Wat zouden jullie willen dat een periodieke check-up inhoud? Hoe zou jij willen dat deze vormgegeven worden?
  (Ons eigen idee, voorafgaand opgeschreven; Wat we bedoelen met periodieke check-ups: *Regelmatige controles om slachtoffers te monitoren, ongeacht behandeling, zodat mogelijke gevolgen vroegtijdig gesignaleerd en behandeld kunnen worden.*)

Huidige uitvoering
- Indien **niet** uitgevoerd: Is een periodieke check-up nodig?
  (Bijv. Waarom zou dit wel of waarom niet uitgevoerd moeten worden?)
- Indien **wel** uitgevoerd: Hoe is de periodieke check-up bij jou uitgevoerd?
  (Bijv. Wat is er gemeten? Voor hoe lang en hoe vaak is er gemeten? Wanneer is er gestart met meten? Wanneer eindigde de metingen?)
- Indien **wel** uitgevoerd: Door wie werd de periodieke check-up uitgevoerd?
- Indien **wel** uitgevoerd: Wat was er helpend aan de periodieke check-up?
  (Bijv. Contact behouden, laagdrempelig vragen kunnen stellen over lichamelijke of mentale klachten, snel weer de juiste hulp, voorkomen dat het nog een keer gebeurt)

Toekomstwensen
- Indien **wel** uitgevoerd: Wat zijn de voordelen van de manier waarop check ups nu worden uitgevoerd?
- Indien **wel** uitgevoerd: Wat zijn de nadelen van de manier waarop check ups nu worden uitgevoerd?
- Hoe zouden periodieke check-ups uitgevoerd moeten worden?
  (Bijv. Wat zou er gemeten moeten worden? Voor hoe lang zou er gemeten moeten worden en hoe vaak? Wanneer zou het meten moeten starten? Wanneer zou het meten moeten eindigen? Zou dit vrijwillig of verplicht moeten zijn voor de behandelaar?)
- Wie/welke instantie zou betrokken moeten worden en wie zou verantwoordelijk moeten zijn voor de uitvoering van periodieke check-ups?
  (Bijv. Je behandelaar, de huisarts, arts, verloskundige)

Meerwaarde
- Wat zou voor jullie de meerwaarde zijn van een periodieke check-up?

Zijn er nog dingen die we niet besproken hebben?

Afsluiting

- Laatste vragen/opmerkingen?
- Achtergrondinformatie (vragenlijst)
- Uitleg vervolg (verslag anoniem, feedback op geven, als iedereen akkoord is wordt de opname verwijderd)
- Bedanken voor komst
- Vergoeding 100 euro

Bijlage 20 - Verslag focusgroep 1.3

Verslag van de focusgroepen met ervaringsdeskundigen over de psychosociale en fysieke gevolgen van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Dinsdag 4 november 2025

Aan deze focusgroep deden acht vrouwelijke deelnemers mee van gemiddeld 32 jaar (22-46 jaar), waarvan zeven seksueel misbruik hebben meegemaakt en drie seksuele uitbuiting. Bij alle deelnemers vond het misbruik en/of de uitbuiting offline plaats, en bij vier ook online. Deze gebeurtenissen begonnen gemiddeld op 8-jarige leeftijd (0 tot 14 jaar). Bij de meerderheid van de ervaringsdeskundigen betrof het langdurig en/of herhaaldelijke misbruik en/of uitbuiting, soms tot in hun twintiger jaren. Bij zeven van de ervaringsdeskundigen was de pleger een bekende, en bij twee een onbekende. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Kenmerken van slachtoffers

Een aantal deelnemers geeft aan dat het lang heeft geduurd voordat er bij hun omgeving bekend werd wat er met hen was gebeurd. Ook geeft een deel van hen aan dat zij hun situatie als normaal beschouwden, daardoor soms risicovol gedrag vertoonden (e.g., het maken van naaktfoto's), en pas op latere leeftijd inzagen dat ze slachtoffer waren. Ook kwamen de gevolgen soms pas op latere leeftijd naar voren. Bij sommige deelnemers was er thuis ook sprake van andere problematiek, waaronder psychische problemen bij gezinsleden en mishandeling.

"In mijn kindertijd had ik niet zo heel veel gevolgen. Het was voor mij normaal. Want dit was iemand die van mij hield, en blijkbaar moest je op die manier liefde tonen. Andere mensen in mijn leven gingen alleen maar weg, maar hij bleef. Het klinkt heel bizar, maar ik vond het eigenlijk fijn. Pas toen ik ouder werd en in mijn puberteit terechtkwam, merkte ik dat dit niet normaal was. Toen begon ik dat ook wel te geloven, dat dat niet correct was en toen begon het trauma eigenlijk pas."

De gevolgen hielden meestal lang aan, soms zelfs levenslang.

"Het is nooit klaar. Voor mij is het levenslang. Het herstel, dat blijft gewoon. Want dan denk je nu ben ik klaar, maar dan staan er al weer drie andere dingen voor de deur waar je niet eens van wist dat dat nog in je zat."

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Een groot deel van de deelnemers geeft aan dat de uitbuiting of het misbruik jaren duurde en vaak frequent was (e.g., van elke twee weken tot zelfs dagelijks) of dat ze dit herhaaldelijk meemaakten. De pleger was soms een onbekende, maar veelal een bekende van de deelnemer, zoals een vriendinnetje, bekende van straat, kliniekgenootje, huisgenoot, klasgenoot, date, collega, baas, buurman, (pleeg-/stief-) vader, gastouder, of broer.

"Mijn ervaring is van mijn negende tot mijn achttiende door mijn stiefvader. Daarna kende ik niet echt mijn grenzen. Dus het is daarna met daten ook een aantal keer flink mis gegaan, waarbij dit verkrachtingen werden.

Ook later in een kliniek in een gedwongen opname door iemand die daar ook opgenomen zat."

Een deel van de deelnemers geeft aan ook online nare ervaringen te hebben meegemaakt. Zo hebben ze te maken gehad met het maken en verspreiden van beeldmateriaal, en digitaal contact met de pleger (e.g., via MSN, chat, bellen of online spellen). Deze ervaringen hadden als voornaamste gevolg dat de deelnemers angstig werden. Bijvoorbeeld omdat ze altijd bereikbaar moesten zijn voor de pleger, waardoor het trillen van een telefoon een trigger is waar ze van schrikken. Andere voorbeelden zijn angst om te appen of voor camera's, en een angst om onbewust gefilmd te worden bijvoorbeeld in de douche. Daarnaast geven deelnemers aan een gevoel van onveiligheid te ervaren, ook thuis (zelfs na verhuizen), en een gevoel van naaktheid, omdat ze niet weten wat er met de beelden gebeurd is en wie deze gezien heeft. Deelnemers ervaren ook dat mensen uit de omgeving zelfs lang na de gebeurtenis hen er nog op aankijken, pesten of negatieve opmerkingen plaatsen op sociale media terwijl ze niet het hele verhaal of beweegredenen kennen. De deelnemers sloten zich ook regelmatig af van de omgeving, bijvoorbeeld door niet meer naar school of buiten te gaan en sociale media af te schermen of te controleren. De deelnemers benoemden ook dat deze angsten resulteerden in slaapproblemen en effect hadden op de opvoeding van hun eigen kinderen, door bijvoorbeeld sociale media of online spellen (e.g., Roblox) af te houden en te praten met de kinderen over de mogelijke gevaren.

"Ik moest eigenlijk iedere avond en nacht aan de telefoon blijven. […] Ik ben intussen wel verhuisd en heb alles nieuw gekocht. Dat heeft wel geholpen qua omgeving, omdat het ook thuis niet veilig was doordat ik altijd bereikbaar was. Als ik niet zou opnemen zou dat best wel gevolgen hebben. Behalve dat hij ook wel regelmatig voor de deur stond, was dit wel waardoor ik helemaal nergens veilig kon zijn. […] En daar zijn ook wel slaapproblemen uit voortgekomen en toentertijd ook een zwaar slaaptekort. […] Ik heb heel lang ook gehad dat elke keer als mijn telefoon trilde dat ik daarvan schrok. […] En ik ben me op het internet heel erg bewust van wat ik deel en ook op mijn sociale media dat alles afgeschermd en op slot zit. Dat is in periodes wel echt heel dwangmatig bijna geweest dat ik alles controleerde."

Psychosociale gevolgen

De deelnemers ervaarden na het misbruik of de uitbuiting veel verschillende psychosociale gevolgen. Zo ervaren ze bijvoorbeeld agressie, angstklachten (e.g., angst voor appen, naar buiten/school gaan, binding, verlating, seksualiteit, afvallen, of camera's), traumaklachten (waaronder PTSS, herbelevingen en triggers, zoals een bepaalde geur), dissociatieve klachten (variërend van gevoelens uitschakelen tot hele stukken geheugen missen), hallucinaties/stemmen horen/psychoses, en dwangklachten.

"Ik werd heel alert. […] Ik had angstklachten. […] Ja, de OCD was gewoon smetvrees. Ik durf nog steeds geen tampon te gebruiken. […] En gewone dingen zoals bijvoorbeeld een cola is al een trigger voor mij. Dan word ik gelijk heel alert van oh zou je hier in de buurt zijn? […] Dat dronk hij altijd, en de geur, de smaak, alles ervan triggert mij. […] Mijn eerste keer misbruik was met een strap brace om. Omdat ik hypermobiel ben schieten mijn knieën vaak uit de kom. En nu, iedere keer als ik een strap om moet, wat nogal vaak is, dan schieten er weer plaatjes voorbij. […] Het is helemaal gelinkt en dan voel ik gewoon weer precies was ik toen voelde, helemaal vast en opgesloten."

De deelnemers noemen vaak dat ze een verlies van een gevoel van veiligheid ervaren. Het gaat om een onveilig

gevoel in zichzelf, in andere mensen (e.g., nieuwe dates volledig checken van ID tot nummerbord) en in elke omgeving. Sommigen benoemen ook niet meer te weten hoe het is om je ergens veilig te voelen.

"Wat heel ingrijpend is, is dat ik me altijd onveilig in mezelf voel. Dus niet echt meer weten hoe je je veilig kunt voelen. […] Altijd een soort van rusteloosheid en onrust op de onderlaag. Een basaal gevoel dat het altijd onveilig is, en ik voel die onveiligheid ook in een veilige situatie. Dus dat zit echt in mij inmiddels."

Veel deelnemers hebben ook last van schuldgevoelens, schaamte en verminderd zelfvertrouwen/zelfbeeld. Ze schamen zich niet alleen voor wat er met hen gebeurd is, maar ook voor de gevolgen die zij nu ondervinden (e.g., zweten, vaginisme, seksualiteit, bekijken van pornografie, of agressie). De schaamte kan versterkt worden wanneer er over bepaalde aspecten (e.g., vaginisme) niet veel gepraat wordt, waardoor het idee ontstaat dat je de enige bent. Ook hebben sommigen een verminderd zelfbeeld; ze voelen zich nooit goed genoeg, voelen zich minder dan een ander of hebben gevoelens van zelfhaat.

"Ik reageerde het af op mijn moeder, want mijn zij was mijn veilige haven. En daar schaam ik me echt heel erg voor, want mijn moeder is echt een schatje en dan deed ik zo tegen haar. […] Van anderen snap ik het heel goed, maar van mezelf accepteer ik het gewoon niet. […] Schaamte om wat er gebeurd is en hoe ik er mee omging, maar ook een heel erg schuldgevoel."

Ook ervaren sommige deelnemers onduidelijkheid over hun identiteit met vragen als 'Wie ben ik als ik alleen ben?' en 'Wie ben ik zonder dit wat er met mij gebeurd is?'. Een deelnemer benoemde ook te moeten hebben leren dat liefde niet alleen uit een ander hoeft te komen, maar ook vanuit jezelf kan komen.

"Het is wel een leeftijd waarop je gaat ontdekken wie je bent, hoe je in de wereld staat en hoe je met anderen omgaat. […] Ik heb wel het gevoel dat ik daar niet aan mee heb gedaan. Dus het was altijd al wel het gevoel van dat die een ander leven hadden dan ik. Als ik dan met anderen van mijn leeftijd omging, dan dacht ik dat ik dan daar echt een soort stukje heb gemist en eigenlijk geen idee heb. Dat begint nu wel meer te komen hoor, maar ik ben al een lange tijd heel erg op zoek, van wie ben ik eigenlijk? Ja, ik ben nu twintig, maar ik weet eigenlijk helemaal niet wat ik ben zonder dit."

De deelnemers geven ook aan problemen te ervaren in hun netwerk. Zo ervaren ze bijvoorbeeld problemen binnen de familierelaties en missen ze familieleden. Ook hebben veel deelnemers last van een loyaliteitsconflict, waarbij ze ook positieve herinneringen hebben aan de dader en de dader willen beschermen tegen de buitenwereld. Ook als de dader overleden is kan er sprake zijn van gemengde gevoelens, waarbij ze niet enkel blij zijn dat de pleger dood is. Een van de deelnemers noemt dit 'bevuilde rouw'. De deelnemers gaven daarnaast aan dat ze slechte vriendschappen sloten, gepest werden (e.g., via sociale media) en het gevoel hadden een stukje sociaal-emotionele ontwikkeling te missen. De deelnemers benoemen dat deze problemen in het netwerk ervoor zorgen dat ze vereenzaamden en het vertrouwen verloren in zichzelf, in de mensen om zich heen (e.g., gezin, collega's), maar soms ook in alle mannen, de rechtsstaat, of hele wereld (door meerdere negatieve ervaringen).

"Het is een soort van mindfuck voor mij of ik mezelf kan vertrouwen, omdat de hoofddader ook een heel fijn persoon kon zijn, waardoor ik bij fijne mensen niet weet of ze opeens kunnen omslaan. Waardoor ik dus

eigenlijk nooit weet of ik iemand echt kan vertrouwen, en eigenlijk mezelf ook niet. En problemen met de familiebanden heb ik ook. De relatie met mijn gezin en andere mensen in de familie is daardoor helemaal verstoord, en dat lijkt ook niet meer goed te komen omdat er gewoon te veel gebeurd is. Dus eigenlijk voelt het of ik een stuk familie mis daardoor."

Om met de seksuele uitbuiting of het misbruik om te gaan hebben de deelnemers maladaptieve copingstrategieën ontwikkeld, zoals vermijding, terugtrekken, middelengebruik, media met extreme content consumeren, veel spullen kopen, en extreem veel richten op schoolprestaties (o.a., om minder op te laten vallen dat er iets aan de hand is en voor een gevoel van eigenwaarde).

"Ik had naast zelfbeschadiging ook een andere coping stijl. Ik maak mijn vriendinnen wel eens de grap dat ik letterlijk een 'koop-ping stijl' heb. Als ik iets koop, dan ben ik heel even blij. Daarna voel ik me weer heel rot, want dan denk ik wat heb ik niet nodig gehad? En ik heb altijd de neiging om super veel te plannen, want dan heb ik afleiding. Dus als ik een dag of een uur niks heb word ik gek. En ergens ben ik een soort uitgeput en heb ik behoefte aan rust, maar zodra ik stilzit word ik helemaal gek."

Ook kregen sommige deelnemers te maken met automutilatie en suïcidale gedachten.

"Ik heb ook vroeger wel eens in mijn polsen gesneden en dat was niet omdat ik suïcidaal was (ik ben ook een tijd suïcidaal geweest), maar dat was een soort coping mechanisme. Als ik die pijn voel, dan voel ik het andere niet te voelen of dan hoef ik daar niet aan te denken. En dat was denk ik ook een soort van zelfhaat."

Een deel van de deelnemers ontwikkelde ook eetproblemen of zelfs eetstoornissen, waarbij ze te veel of juist te weinig aten. Deze klachten hadden volgens de deelnemers verschillende redenen, waaronder het willen omgaan met emoties of pijn, niet willen voelen, henzelf pijn willen doen, en niet aantrekkelijk willen zijn.

"Toen heb ik een eetstoornis gekregen, puur omdat ik niet mooi wilde zijn. Ik wilde mager zijn zodat niemand mij wilde. Maar goed, dat belemmert je uiteindelijk ook."

De deelnemers merken ook gevolgen op in hun seksuele ontwikkeling. Zo ervaarden de deelnemers angst of weerstand voor intimiteit, vragen rondom hun geaardheid (e.g., vrouwen proberen omdat er angst is ontwikkeld voor mannen), ongezonde relaties (e.g., met misbruik of seksueel geweld, of 'verkeerde' mannen/vriendjes), het gemist hebben van jezelf op een leuke/vrijwillige manier seksueel ontwikkelen en ontdekken, het onvermogen om relaties aan te gaan, het ongewenst enkel kunnen vallen op oudere personen/hechtingsfiguren, en hyperseksualiteit. Dit had onder andere te maken met dat de deelnemers hun eigen grenzen niet goed kenden, en niet wisten wat normaal hoort te zijn of hoe het op een andere manier kan. Dit resulteerde bij sommige deelnemers ook in het over diens eigen grenzen heen gaan, geslachtsgemeenschap met relatief onbekende mensen, en sekswerk (o.a. vanwege een gevoel van controle). Een deel van de deelnemers zoekt in seks en pornografie ook naar elementen uit hun misbruik (e.g., overhand en controle), omdat dat hen ongewenst toch kalmeert. Sommige deelnemers hadden daarnaast moeite met het zien van liefde als iets dat losstaat van seks (e.g., als er geen goede seks is dan is er geen liefde en ben ik niet goed genoeg), terwijl voor anderen juist intimiteit en liefde niet bij elkaar kunnen horen. Ook bij gezonde relaties ervaarden de deelnemers echter problemen, zoals herbelevingen bij seksuele handelingen en bindings- of verlatingsangst.

"Mijn vader heeft mij misbruikt. […] Ik voel eigenlijk helemaal niks voor mannen van mijn leeftijd. Ik heb dus een vaderfiguur waar ik dan iets van seksualiteit bij ervaar, maar daar schaam ik me heel erg voor, want ik wil dat niet. Maar dat zit gewoon zo geprogrammeerd. […] Daarnaast heb ik heel erg verlatingsangst en bindingsangst in één. Dus het gevoel dat ik heel graag bij iemand wil horen, want ik voel me zo alleen, maar tegelijkertijd maakt het gevoel dat ik van iemand moet zijn of bij iemand hoor me ook weer heel erg benauwd."

"Ik was van hem en het ging op zijn manier. Ik wist eigenlijk helemaal niet wat wel of niet normaal was, of hoe het op een andere manier kon. Ik heb daarin wel gemerkt dat ik in periodes dat juist wel heb opgezocht, en dus over mijn grenzen ben gegaan. Dat ik het met vriendjes deed of met mensen die ik tegenkwam bij het uitgaan. […] Maar nu zie ik daar juist best wel tegenop. Het lukt me eigenlijk niet echt om een relatie aan te gaan. […] Door de manipulatie is mijn manier van denken aangepast. Toen dat wegviel vond ik dat heel ingewikkeld, omdat je dan ineens ook zelf moet gaan denken en zelf ergens een mening over gaat vormen. Dat vond ik heel lastig omdat ik dat niet gewend was. Dat is denk ik het stukje ontwikkeling op gebied van seksualiteit dat ik mis. Dat ik niet een eerste vriendje of een eerste keer zoenen heb ontdekt op een leuke, vrijwillige manier. Dat heeft wel te maken met dat ik daar dus nu zo tegenop zie."

De gevolgen hebben bij de deelnemers doorgewerkt op vele levensgebieden. Zo kregen de deelnemers te maken met schooluitval, werkuitval, werkloosheid, verhuizingen (door een gevoel van onveiligheid), en uitkeringen (e.g., WIA). Dit brengt vervolgens weer het gevoel met zich mee niet goed genoeg te zijn (volgens de maatschappij), de angst dat de uitkering niet verlengd wordt (e.g., door UWV), en het niet kunnen accepteren ondanks een wil en jonge leeftijd en goede opleiding niet te kunnen werken.

"Ik heb mijn studie echt met moeite afgemaakt. Toen ben ik meteen in de zorg gaan werken en ben ik uitgevallen. Toen ik net het voor elkaar had, stortte alles in. Ik heb heel erg dissociatieve problematiek ontwikkeld, dus wel kunnen functioneren, maar ook helemaal niet. Dat zie ik wel echt als schade van al die jaren in mijn kindertijd. Daardoor heb ik een master gedaan, maar zit ik nu al jaren alsnog met een minimum uitkering, wat heel frustrerend voelt."

Tot slot, geven de deelnemers aan dat ze ook gevolgen merken op het gebied van ouderschap. Sommigen hebben een onvervulde kinderwens, bijvoorbeeld omdat een relatie met mannen aangaan moeilijk is of ze denken niet op tijd klaar te zijn om moeder te worden. Dit terwijl anderen juist bewust geen kinderen willen, onder andere vanwege een gebrek aan vertrouwen in anderen, het willen beschermen van een kind voor dat de moeder opnieuw onbewust voor een verkeerde partner kiest, en dat een kind uit liefde zou moeten ontstaan (wat niet meer kan).

"Ik heb bewust geen kinderen, dat moet ik wel eerlijk zeggen. […] Want ik vertrouw niemand meer. Als ik die gasten in de rechtszaal zie zitten, dan denk ik nog wat een leuke vent. Ik trap er gewoon weer in, en daar zou ik mijn kinderen voor willen beschermen. Dus dat is een bewuste keus geweest, ook omdat een kind voor mij uit liefde zou moeten bestaan, en dat gaat bij mij niet samen. […] Om aan kinderen te beginnen moet er toch iets gebeuren, want die zitten niet vanzelf in je buik. Ja, en dat gaat bij mij niet gepaard met liefde."

De deelnemers die wel kinderen hebben, merken gevolgen op het moment dat hun kinderen de leeftijd bereiken waarop zijzelf misbruikt/uitgebuit zijn, en in hoe ze hun kinderen opvoeden. Er spelen vragen als 'Hoe heeft dit

kunnen gebeuren?' en 'Hoe had niemand dit door?'. Ook proberen deelnemers bewust dat wat ze zelf gemist hebben in hun jeugd aan hun kinderen te geven, zoals het praten over gevoelens en gevaren, en het accepteren van gevoelens.

"In de opvoeding van mijn oudste probeer ik sociale media echt heel erg af te houden. Ze heeft ook geen WhatsApp bijvoorbeeld. Ik weet ook waarom ik dat doe. […] Ik probeer daar wel heel bewust mee om te gaan en ook een gesprek aan te gaan met mijn kind, van wat zijn de gevaren hierin? Roblox is bijvoorbeeld ook iets wat heel veel gespeeld wordt onder jonge kinderen. Dat houd ik allemaal buiten de deur, wat soms ook voor discussies leidt. Maar die discussie heb ik liever dan dat ik het toesta."

Lichamelijke gevolgen

Veel van de lichamelijke gevolgen die de deelnemers ervaarden hielden volgens hen verband met de psychische gevolgen zoals stress (i.e., psychosomatische klachten). De (chronische) stress zorgde bij de deelnemers voor spierspanningsklachten in het lijf (e.g., fibromyalgie). Ook noemden de deelnemers buikpijn, hoofdpijn, nekpijn, schouderpijn, rugpijn en klachten in de bekken. De spanning kan bovendien zorgen voor uitvallingsverschijnselen (e.g., in arm of been) en niet meer kunnen praten. De deelnemers gaven daarnaast aan dat ze vaak last hadden van slaapproblemen (e.g., slaapapneu) en (chronische) vermoeidheid overdag.

"Ik heb veel last van uitval van mijn lichaam gehad door dissociatie. Dat ik dan door een herbeleving bijvoorbeeld uit bed val, dan een hele nacht naast mijn bed lag en daar niet meer zelf in kon komen, waardoor ik gewoon veel pijn heb gehad. […] En daarnaast heb ik ook de diagnose fibromyalgie gekregen. Dat is één die vaak ook bij veel mensen toch ook wel vanuit stress schijnt voort te komen."

"Ik heb ook vaak uitval gehad, vooral van mijn rechterbeen. Voor mij loopt het ook een beetje samen met dissociatie. Bijvoorbeeld ook dat ik dan niet meer kan praten als de spanning hoog is. En ook veel last van mijn lijf, van mijn spieren. Ik denk dat spanning gewoon in je lijf gaat zitten. Dat is ik denk toch een gevolg van de chronische stress. […] En gespannen dus eerder last van schouders en nek klachten. […] Maar ook in mijn kaken. Vaak als ik wakker word voel ik die. Maar ik heb in de nacht ook wel vaker spierkrampen in mijn benen of andere plekken."

Ook benadrukken de deelnemers dat ze last kunnen hebben van letsels (e.g., hernia of losse rib), SOA's en ontstekingen of infecties (e.g., hidradentitis bij de liezen of Pfeiffer). Daarnaast benoemen ze, klachten te hebben aan hun geslachtsdeel (e.g., Vulvair Vestibulitis Syndroom), pijn te hebben tijdens het vrijen en last te hebben van vaginisme. Vaginisme kan vervolgens andere dingen bemoeilijken, zoals onderzoek door een dokter of het plaatsen van een spiraaltje. Verder kregen de deelnemers soms bijwerkingen van hun medicatie, zoals overmatig zweten, en hadden ze soms bloedwaarden die niet goed waren.

"Ik heb hidradenitis. Dat is een ontsteking en die heb ik vooral in mijn liezen. Dat hoeft niet per se gelinkt te zijn aan misbruik, maar het heeft wel met spanning of stress te maken. En VVS, dat is een syndroom dat specifiek te maken heeft met de vulva, dat het daar heel rood en schraal is. Ze zeggen vaak dat dat ook komt na een trauma. Dat is wel iets wat maakt dat voor mij nu bijvoorbeeld seksuele gemeenschap echt onmogelijk is. Dus los van of ik dat nu zou willen, doet het wel gewoon zeer en dat komt onder andere door wat er is gebeurd."

"Ik heb ook vaginisme. Eigenlijk dacht ik dat wat er gebeurde dat dat helemaal niet zo erg was. Pas toen ik ouder werd en voor de eerste keer seks wilde hebben, toen besefte ik eigenlijk dat mijn lichaam ook gewoon nee zegt. Ook al kan ik nog wel denken 'het was helemaal niet zo'n erge herinnering', het was toch niet goed. Dan merk je opeens dat het gewoon niet eens van het slot kan gaan."

Daarnaast noemden veel van de deelnemers dat ze last hebben gekregen van darmproblematiek, vooral bij spanning. Andere voorbeelden die genoemd werden waren aambeien en een spastische darm, ook wel Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) genoemd.

"Ik heb erkende darmproblemen. Door de darmproblemen loop ik nu bij een MDL arts en daar zou ik eigenlijk bekkenbodem fysio voor hebben. […] Door die stress en darmproblemen heb ik ook aambeien, en dat is natuurlijk ook naar want komt er bloed bij ontlasting.

Tot slot gaven de deelnemers aan dat ze veranderingen in hun gewicht ervaarden, bijvoorbeeld doordat ze eten als copingsmechanisme gebruikten; eten om de emoties te onderdrukken.

"Maar ook wel afleiding zoeken in uitgaan, drank, slechte vriendschappen, kleding kopen of eten. Ik heb ook een eetstoornis gehad. Ik woog op mijn zwaarst 155 kilo en toen heb ik een maagverkleining gedaan. Dus eigenlijk ging ik allerlei manieren vinden om maar niet tot die heftige pijn te komen."

Behandeling

De deelnemers beschreven dat ze verschillende behandelingen hebben gehad (waaronder medicatie en contact met de GGZ, traumabehandelaar, fysiotherapeut, huisarts of MDL arts). Daarin ervaarden ze ook verschillende belemmeringen. Een van de belemmeringen was angst voor inwendig onderzoek. Daarnaast benoemden de deelnemers dat behandelingen bij konden dragen aan zelfstigma en trauma, en dat ze zich niet altijd serieus genomen voelden, omdat sommige lichamelijke klachten werden weggewuifd vanwege hun GGZ-dossier.

"Als je eenmaal bij de GGZ loopt, wordt er toch veel gedacht dat er veel tussen je oren zit. Ik liep twee jaar met ontstekingen, en uiteindelijk bleekt het chronische Lyme te zijn. Dat zit vooral in mijn spieren en de uitval daarvan. […] Het is niet herkend door een huisarts, maar ook door de specialisten. Ze zien dat je zo lang bij de GGZ loopt met de diagnoses die daaraan hangen, en dan denken ze 'het zal wel meevallen'. Daardoor waren ze er veel te laat bij, want acute Lyme is nog te verhelpen maar dit niet meer."

"Ik heb negen jaar lang GGZ gehad, omdat ik van de ene op de andere avond vastgelopen was met stemmen, angstaanvallen, en hallucinaties. Maar daar werd gefocust op dat je in crisis binnenkwam. Dan moet er een behandelplan komen, dus zijn er diagnoses nodig. Dat zijn extra stempels die heel erg beperken. Als ik wilde praten kreeg ik er alleen maar pillen erbij. Dus ik heb mijn eigen weg gevonden om met stemmen om te gaan ."

"Ik heb dat heel vaak gehad in het ziekenhuis, dat dingen gelijk op basis van je dossier al werden afgedaan. En ook dat er daardoor andere behandelingen werden voorgeschreven die totaal niet aansloegen, of er helemaal niet gekeken werd naar dat wat daadwerkelijk nodig was. Als je dan ergens in een ander ziekenhuis een second opinion had, dan bleek er wel wat aan de hand te zijn."

Codering 1.3

Tabel 1.3.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Leeftijd/ontwikkelingsfase	11
Eerdere ervaringen/revictimisatie	4
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	2
Normalisatie/rolmodellen	2
Erkennen slachtofferschap	2
Aangifte/rechtszaak	1
Achtergrond gezin	1
Duiding problematiek	1
Totaal	**23**

Tabel 1.3.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Pleger	11
Duur misbruik/uitbuiting	9
Type gebeurtenis	9
Online/offline	5
Frequentie	3
Bereik	1
Totaal	**38**

Tabel 1.3.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Moment/vertraging/duur gevolgen	5
Totaal	**5**

Tabel 1.3.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Relaties	10
Angst	9

Seksuele ontwikkeling	9
Eetproblemen	8
Ouderschap	8
Financiën	7
Trauma/PTSS	7
Verslaving/middelengebruik	7
Dissociatie	6
Isolatie/eenzaamheid	6
Vertrouwen verliezen	6
Schaamte	5
Veiligheid verliezen	5
Zelfvertrouwen/zelfbeeld	5
Automutilatie	4
Grenzen aangeven	4
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	4
Risicovol gedrag	4
Vermijding	4
Werk	4
Dwangklachten	3
Familieproblemen	3
Reactie omgeving	3
Suïcidaliteit	3
Agressie	2
Huisvesting	2
Pesten	2
Schoolprestaties	2
Schooluitval	2
Geaardheid vragen	1
Geheimhouding	1
Maskeren	1
Psychose/hallucinaties/stemmen	1
Schuldgevoelens	1
Sociaal wenselijk gedrag/volgen	1
Vrienden	1
Totaal	**151**

Tabel 1.3.5

Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Darmklachten	5
Psychosomatisch	5
Slaapproblemen/nachtmerries	5
Spanning in lijf	4
Uitvallen/verlammen	4
Gewicht	3
Ontstekingen/infecties	3
Pijn bij vrijen	3
Vaginisme	3
Rugpijn	2
Stressniveau verhoogd	2
Vermoeidheid	2
Bekkenpijn/spanning	1
Bijwerkingen medicatie	1
Buikpijn	1
Geslachtsdeel klachten	1
Hoofdpijn	1
Nekpijn	1
Schouders pijn/spanning	1
SOA's	1
Stemproblemen	1
Wonden/letsel	1
Zweten	1
Totaal	**52**

Tabel 1.3.6

Behandeling

Code	Aantal
Classificatie/diagnoses	3
GGZ	3
Medicatie	2
Serieus genomen	2
Fysiotherapie	1
Huisarts	1
Maatwerk/passend	1
MDL arts	1
Traumabehandeling	1
Totaal	**15**

Bijlage 21 - Verslag focusgroep 2.3

Verslag van de focusgroepen met ervaringsdeskundigen over de behandeling en nazorg na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Dinsdag 11 november 2025

Aan deze focusgroep deden zeven vrouwelijke deelnemers mee van gemiddeld 29 jaar (22-36 jaar), waarvan zeven seksueel misbruik hebben meegemaakt en twee seksuele uitbuiting. Bij alle deelnemers vond het misbruik en/of de uitbuiting offline plaats, en bij vier ook online. Deze gebeurtenissen begonnen gemiddeld op 9-jarige leeftijd (0 tot 17 jaar). Bij de meerderheid van de ervaringsdeskundigen betrof het langdurig en/of herhaaldelijke misbruik en/of uitbuiting, soms tot in hun twintiger jaren. Bij zeven van de ervaringsdeskundigen was de pleger een bekende, en bij één een onbekende. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript en gemailde aanvullingen.

Gevolgen

De deelnemers benadrukken dat de gevolgen die zij ervaren van het seksueel misbruik en/of seksuele uitbuiting, langdurig of zelfs voor altijd zijn. Ze ervaren elke dag de gevolgen van iets wat niet hun eigen schuld is. Zo benoemen ze bijvoorbeeld gevolgen op het gebied van werk en financiën (e.g., uitkering via de UWV en werkloosheid), maar ook op het gebied van psychotrauma (e.g., herbelevingen door seksuele handelingen bij een nieuwe partner). Andere genoemde psychosociale gevolgen zijn: angst, concentratieproblemen, dissociatie, eetproblemen, persoonlijkheidsproblematiek, psychoses, suïcidaliteit, vermijding, middelengebruik, isolatie/eenzaamheid, moeite met grenzen aangeven, verstoorde seksuele ontwikkeling, moeite met ouderschap, maskeren van klachten, schooluitval, problemen in de huisvesting, schaamte, schuldgevoelens, verlies van vertrouwen, pesten, negatieve reacties van de omgeving, victim blaming, en problemen met familie, vrienden en nieuwe partners. Genoemde lichamelijke gevolgen zijn: darmklachten, hoofdpijn, rugpijn, psychosomatische klachten, slaapproblemen en nachtmerries, verhoogd stressniveau (e.g., overbelast zenuwstelsel) en uitvallen.

"Als je misbruikt bent, dan is dat iets wat je met je meedraagt. Dat is ook niet iets wat ooit helemaal over zal gaan, maar waar je gewoon mee leert leven. […] Ik heb echt wel dingen geleerd hoor. Want hoe ik bijvoorbeeld tien jaar geleden met dit soort dingen omging… Dan zou ik uitgaan, drinken of verkeerde dingen doen om maar niet te hoeven voelen. Dat is allemaal verleden tijd, maar ik denk wel dat het iets is wat gewoon net als een litteken niet helemaal weggaat."

Moment van onthulling & start behandeling

Voor de meeste deelnemers duurde het vele jaren voordat zij onthulden dat ze slachtoffer en daar een behandeling voor konden starten waren (e.g., 9 jaar sinds de eerste gebeurtenis of zelfs 20 jaar), maar sommigen waren al wel jaren in behandeling voor andere klachten. Soms was het toeval dat de gebeurtenis aan het licht kwam, bijvoorbeeld doordat de klachten ineens zo zichtbaar werden dat de omgeving of behandelaren erop reageerden. Genoemde voorbeelden zijn onder andere een confrontatie met een uitbuiter, camera's om behandelsessies te filmen die zorgen voor trauma-gerelateerde reacties, en een heftige herbeleving in het bijzijn van een groep tijdens een klinische opname.

"Het is aan het licht gekomen toen ik intern bij een organisatie zat. Toen kwam er een andere, heftigere loverboy in het beeld. Uiteindelijk is daar een escalatie gekomen, dat ik dit niet meer wilde. Ik heb hem daarmee geconfronteerd toen we buiten met zijn tweeën waren. Toen heeft hij mijn bril weggegooid, simkaart kapot gemaakt, mij geduwd en mijn fietsbanden kapot gemaakt. Hij is uiteindelijk wel weg gegaan en toen ben ik snel naar huis gegaan. Toen bleek wel dat er iets mis was en heb ik verteld wat er precies aan de hand was."

Dat de onthulling en start van behandeling lang duurde, had verschillende oorzaken. Een van de genoemde oorzaken was dat familieleden en behandelaren niet altijd vroegen naar of er misbruik of uitbuiting had plaatsgevonden, en de deelnemers het lastig vonden om er uit zichzelf open over te praten. Indien de deelnemers wel besloten erover te praten was dit vaak geen duidelijke taal, maar 'cryptisch' of met 'hints'. Hier werd vervolgens niet altijd op doorgevraagd.

"Bij mij was het heel lang onbekend dat het gebeurd was. Toen ik eenmaal voor de eerste keer opgenomen was (ik had toen al heel lang hulpverlening, maar toen was dit nog niet aan het licht), ging ik er heel langzaam in geheimtaal over praten. Heel cryptisch, dat ze echt ja nee vragen moest stellen. […] Pas bij mijn echte behandelopname kreeg ik echt therapie vóór een behandeling. Dus eigenlijk eerst het langzaam erover praten en dan pas doorgaan; die langzame transitie in het er makkelijker erover praten. […] I durfde er eerst met niemand over te praten. Het heeft denk ik een jaar, twee jaar geduurd voordat ik er over durfde te praten. […] Het heeft in totaal, voor dat ik echt therapie erbij aanging, denk ik wel vijf jaar geduurd."

Hoe de omgeving reageert op onthullingen heeft ook invloed op het starten van een behandeling. Het bagatelliseren van klachten, iets over jezelf vertellen als behandelaar, en victim blaming en onbegrip (e.g., door mentoren, familieleden of politieagenten) kunnen allemaal resulteren in twijfelen aan zichzelf, en langdurigere geheimhouding en periodes zonder hulp.

"Ik heb het wel bijna direct verteld aan één iemand, dat was mijn mentor van school. Ik schreef een brief […] en toen ging hij met mij in gesprek daarover. Ik had in die brief geschreven wat er een beetje aan de hand was en dat ik me niet fijn voelde. Toen zei hij: 'Stel je niet aan. Denk aan positieve dingen.'. Dus toen werd eigenlijk mijn schreeuw om hulp de grond in getrapt. Dat zorgde er ook voor dat ik het toen niet meer echt verteld heb in de twee jaar daarna. […] Ik deed het bij mijn mentor omdat mijn ouders te dichtbij stonden en hij stond net ver genoeg van me weg dat ik het wel durfde te zeggen, zonder dat ik me dan zorgen hoefde te maken over: 'Wat gaat er dan nu gebeuren? Vinden ze me nu allemaal vies?'. […] Daarna ging hij ook zelfs mee praten met de klas toen ik gepest werd over seksueel misbruik, zo van 'Is dat broekje niet een beetje te kort?' en hele ongepaste opmerkingen. Ik heb dus nog nooit echt alles aan iemand verteld, nog steeds niet. […] Ik neem het mezelf nog steeds kwalijk. In de zin van ik had het niet moeten zeggen."

"Mijn omgeving was en is niet begripvol en dat is voor mij een tweede trauma geweest; hoe mijn omgeving heeft gereageerd op wat er is gebeurd. […] Mijn eigen ouders, mijn familie, iedereen legde de schuld en verantwoordelijk bij mij neer. Ik voelde vanuit hun heel erg 'Jij hebt therapie nodig en dan ga je weer normaal doen.'. Ik heb ook contact met de politie opgenomen (dit was nog voor de wijziging van de van die wetgeving). De politie zei letterlijk tegen mij: 'Is dit nou echt dwang? Je deed het eigenlijk gewoon zelf.' […] Ik begon te twijfelen aan mezelf. Ik had ook discussies met mijn ouders over of het nou eigenlijk wel of niet echt of erg was. Dat heeft me echt wel beschadigd."

Ook een gevoel van loyaliteit richting en dwang vanuit de pleger kan een slachtoffer ervan weerhouden om te spreken over de gebeurtenis en hulp te vragen.

"Mentaal gezien zat ik heel lang vast. […] Als iemand iets zou horen, dan zou hij een eind aan zijn leven maken. Als ik er nu soms op terugkijk, dan denk ik prima als je dat had gedaan, maar op dat moment voelde ik me daar als jong meisje heel verantwoordelijk voor. Dat heeft voor mij het praten heel erg uitgesteld."

Een andere oorzakelijke factor voor uitstel was het kunnen duiden van de klachten en het onder woorden kunnen brengen van wat er gebeurd was. Niet voor alle deelnemers was gelijk duidelijk wat de oorzaak van hun klachten was, onder andere omdat ze zichzelf niet altijd zagen als slachtoffer of dachten dat hun situatie normaal was.

"Ik kon in het begin helemaal geen woorden eraan geven, dus ook niet in therapie. Ik had het echt nodig dat een hulpverlener er woorden aan gaf en dat ik dan alleen maar ja of nee hoefde te knikken. Dat was het meest haalbare, maar dat gebeurde vaak niet, want dan waren ze bang dat ze dingen in je mond legde. Maar voor mij was dat wel een manier om te kunnen leren hoe het heet en hoe je woorden geeft aan die dingen, omdat ik dat nooit geleerd had. Uiteindelijk heeft het twintig jaar geduurd voordat ik de juiste hulp had. […] Het misbruik van mijn vader speelde in mijn babytijd, maar eigenlijk kon ik helemaal niet bevatten wat dat inhield en wat ik daarmee moest. Ik dacht: 'Mag ik dan niet boos zijn op papa? Of moet dat dan juist wel?' Ik denk dat ik er toen nog helemaal niet aan toe was, omdat ik het nog niet zo goed begreep. […] Als ik terugdenk aan mijn eerste stap naar hulp, dan denk ik: 'Als je niet je ziek voelt, ga je ook niet naar de dokter, als dat jouw normaal is?'.

Wat de deelnemers zagen als normaal had voor sommigen ook deels te maken met hun culturele achtergrond. Voor sommigen was het Christendom bijvoorbeeld heel warm, verwelkomend en accepterend, terwijl het voor anderen juist een ongezonde basis vormde. Bijvoorbeeld omdat het normaal was om als opvoeders over de grenzen van je kind te gaan, er veel nadruk werd gelegd op geen seks voor het huwelijk, er niet gesproken werd over seks, het een cultuur van schaamte creëerde en er aan victim blaming werd gedaan.

"Op een gegeven moment stopte die relatie en dus ook het misbruik. Ik kwam er pas 1,5 jaar later achter dat wat er binnen in die relatie was gebeurd, dat dat niet oké was. Ik kreeg een ander vriendje en ik dacht, waarom ben ik bang dat jij me gaat dwingen tot meer als ik jou nu een knuffel geef? Toen viel dat kwartje als een bom. […] Als een behandelaar toen dat misbruik speelde aan me vroeg of er dingen gebeurden, dan antwoordde ik altijd met: 'Niet dat ik weet.'. […] Ik ben ook opgevoed in de christelijke cultuur. Dus ik had het idee dat dit gevoel van schaamte en dit hele ranzige gevoel erbij hoort. Dat is blijkbaar normaal. Het ligt allemaal aan mij. Het is allemaal mijn schuld. Dat kreeg ik ook vaak van die persoon te horen. […] Ik ben opgegroeid in een sfeer waarin er al continu door mijn ouders en opvoeders over mijn grens heen werd gegaan, dat was normaal. Dus ik was eraan gewend dat mijn grenzen er niet toe deden. Victim blaming gebeurde ook bij ons thuis heel veel. […] Toen ik het mijn ouders vertelde, draaiden ze het snel naar 'Dat zou hij nooit doen.' en opmerkingen als 'Zei je wel echt nee?' en 'Maar jullie hadden toch een relatie?'. […] Ik ben opgevoed met de purity culture. Ik kom uit een evangelische kerk en dat ging richting dat Amerikaanse evangelische, in die zin van dat de verantwoordelijkheid voor het nee zeggen en hoe je je kleedt heel erg bij de vrouw neergelegd wordt. […] Er werd bijna niet gepraat over seks en als er werd gepraat, was het op een manier dat het iets was wat je niet deed of binnen het huwelijk deed. Dus er werd ook niet gepraat over wat je zou willen of hoe plezier eruitziet."

Daarnaast kon het onthullen en vragen om hulp volgens de deelnemers vertraagd worden doordat behandelaren op zoek waren naar een diagnose om een passende behandeling te starten. Zo kregen de deelnemers classificaties zoals die van persoonlijkheidsproblematiek of ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD. Echter bleken deze classificaties achteraf niet altijd passend, bijvoorbeeld doordat behandelaren te veel eigen interpretaties gaven aan het verhaal of gedrag van de deelnemer. Dit resulteerde vervolgens in een niet passende behandeling en een gevoel niet serieus te worden genomen. Volgens de deelnemers lag de oorzaak van hun klachten (en dus de passende behandelrichting) eerder in de traumatische gebeurtenis die ze meegemaakt hadden.

"Die persoonlijkheidsproblematiek, daarvan werd bij mij ook heel snel elke keer gezegd dat dat het wel zou zijn. Ik voelde daar best wel een weerstand voor. Ik kreeg heel vaak te horen 'Het zal borderline zijn.', en dat voelde voor mij zo misplaatst omdat ik dacht, maar dat is volgens mij helemaal niet het probleem. Ik worstel gewoon met heel veel dingen die voortkomen uit trauma. Het voelde voor mij altijd alsof ik niet de juiste behandeling kreeg, omdat er dan eerder daar op gefocust werd of je niet serieus genomen werd."

Tot slot, een andere oorzakelijke factor die volgens de deelnemers zorgde voor het niet onthullen van het slachtofferschap en vragen om hulp, was het krijgen van kinderen. Dit zorgde bij de deelnemers bijvoorbeeld voor minder tijd voor zichzelf, een plichtsgevoel om door te gaan voor de kinderen, en dilemma's over wat leeftijdsadequaat is om te vertellen. Kinderen stellen namelijk zelf ook vragen op het moment dat een ouder meedoet aan een onderzoek of behandeling.

"Ik werd op mijn 25e moeder, dus er was ook weinig ruimte om echt tot die pijn te komen. Ik heb dat ook heel lang niet toegestaan omdat ik er ook voor de kinderen wilde zijn en doorgaan. […] Wat ik bijvoorbeeld ook heel moeilijk vind is, ik heb nu twee kinderen […] en het voelt soms een beetje alsof ik een theaterstuk op aan het voeren ben. Dat vind ik ook wel moeilijk, je bent nog zo jong, wat heb jij eraan om dit te weten? Maar aan de andere kant vind ik dat wel een lastige in opvoeding. Hoe kan je dat het beste aanpakken?"

Aanpak

Ten eerste gaven de deelnemers aan dat het in de aanpak belangrijk is om te zorgen dat er in bepaalde basisbehoeften wordt voorzien, zoals veiligheid, een inkomen en ruimte in het hoofd. De deelnemers geven aan bijvoorbeeld minder open te zijn geweest over een onveilige thuissituatie, omdat ze wisten dat ze na de behandelsessie weer terug naar huis moesten. Het zou de deelnemers geholpen hebben als ze hadden geweten veilig te zijn na het spreken over de onveiligheid en ze een stabiele basis hadden. Echter, geven de deelnemers wel aan dat ze inspraak willen blijven houden in hoe lang ze moeten stabiliseren en wachten op een (trauma)behandeling. Deelnemers voelden zich niet serieus genomen als ze niet mee mochten denken over of ze dachten een behandeling aan te kunnen.

"Ik wist elke keer dat ik weer naar huis moest daarna. Dus dan ga ik niet iets vertellen over hoe het thuis gaat, want ik moet daar straks weer naartoe. Daarom heb ik nooit mijn mond open gedaan. […] Het zou mij geholpen hebben als er aangegeven wordt in gesprekken bij de GGZ dat als je ergens over praat, dat het ook veilig is daarna of dat je niet zomaar weer de onveiligheid in wordt gegooid."

"Om een behandeling te laten slagen is een goede basis waar vanuit je werkt belangrijk. Als ik op dat moment

geen fijne veilige woonplek heb waar ik gestalkt word of als ik geen inkomen heb, dat soort basisdingen, hoe kun je dan ruimte in je hoofd hebben, terwijl er ook nog dingen spelen zoals een rechtszaak? Ik denk dat het had geholpen als ik een bepaalde basis had gehad van waaruit ik de behandeling kon ontvangen."

Ten tweede is het volgens de deelnemers belangrijk om een goede werkrelatie op te bouwen met hun behandelaar. Hieronder valt het hebben van inspraak, erkenning krijgen, en serieus genomen, gezien en gehoord worden. De deelnemers willen bijvoorbeeld tijdens een behandelplan bespreking graag zelf voorkeur uit kunnen spreken voor een bepaalde behandeling nadat de risico's uitgelegd zijn (e.g., liever EMDR willen dan schematherapie, of stoppen met stabiliseren en overgaan op EMDR of exposure).

"In behandeling had ik vaak het idee dat er over me beslist werd, en daardoor sloeg het vaak ook niet aan. Er werd besloten dat ik moest stabiliseren, maar ik heb wel vijftien jaar gestabiliseerd. Ik zei dat ik behoefte had aan EMDR of exposure […], maar dat was altijd een discussie, waardoor ik me niet serieus genomen voelde. Ik kan toch zelf meedenken, als ik zeg dat ik dat aankan? Tuurlijk is het goed om veiligheid voorop te zetten, maar het was ook heel onveilig om altijd in die overleving te zitten en getriggerd te worden. […] Het serieus nemen van een cliënt zou net zoals in de medische wereld moeten zijn: dat je iemand met kanker de opties voorlegt en de risico's bespreekt. […] Uiteindelijk heb ik door de radeloosheid een poging gedaan, omdat ik dacht 'Als dit het is en je zit uitbehandeld thuis, wat is de kwaliteit van leven dan nog?' […] Het voelt alsof ik heel veel tijd verdaan heb. Ik heb drie jaar lang in een kliniek gezeten voor een traumabehandeling die ik nooit heb gehad. […] Bij de andere organisatie had ik het gevoel dat dat ze mij wel serieus namen. […] Zij vroegen aan mij 'Hoe gaan we dit doen en wat zijn je triggers? Dan gaan we de EMDR zo inrichten, ben je daar oké mee?'."

Ook als de deelnemers wel meegingen in het behandelvoorstel van de behandelaar, sloeg de behandeling niet altijd aan. Soms kregen deelnemers dan te maken met victim blaming door behandelaren.

"Ik kreeg te horen dat ik zelf koos om te dissociëren, ik wilde niet graag genoeg van mijn PTSS af en ik was te veel aan het vermijden. Ik deed niet genoeg mijn best. [...] Vol vertrouwen in hoogopgeleide behandelaren onderging ik sessies waarin we traumatische situaties naspeelden. Achteraf gezien was het voor mijn lijf hertraumatisering. Dat ik daarin meeging, heb ik mezelf lang de schuld van gegeven. Ik vond het ook victim blaming dat er werd gezegd dat het mijn schuld was als ik de vermijding niet genoeg doorbrak. Dat heeft me heel lang een heel erg naar gevoel gegeven. Want zie je wel, het ligt aan mij dat de behandeling niet aanslaat."

De deelnemers geven aan dat om een goede werkrelatie op te bouwen, wederzijds vertrouwen belangrijk is. Een belangrijke factor hierin is het geven van voldoende tijd en openheid. Deze tijd werd echter vaak niet gegeven, bijvoorbeeld door een maximum behandelduur van één jaar, waarna de deelnemers een nieuwe behandelaar moesten zoeken en opnieuw vertrouwen moesten opbouwen. Ook is het belangrijk voor de deelnemers dat er na de therapie iemand beschikbaar blijft, zodat ze voelen dat ze niet meer alleen zijn.

"Dingen die ik als heel helpend heb ervaren was een open gesprek. Dat ik boos mocht zijn en dat ik ook echt wel heftige haat of doodswens fantasieën mocht hebben. Dat heb ik ook wel eens verteld aan een begeleider, maar toen zei ze gelijk dat moet je niet tegen me zeggen, want dan moet ik dat doorgeven. Terwijl ik dacht, maar ik ben nooit agressief. Ik doe nooit gekke dingen. Ik heb geen strafblad. Dus waarom vertrouw je me niet hiermee? Het zit gewoon in mijn hoofd. Ik mag dat denken. En dat mocht toen bij die psychiater of psycholoog en dat heeft me wel heel erg geholpen. Ook veel transparantie, veel uitleg vond ik altijd fijn, en menselijk

contact ook vanuit begeleiders vond ik vooral fijn."

Verder zeiden de deelnemers in de aanpak last te kunnen hebben van wisselingen, wachtlijsten, contra-indicaties, financieringsproblemen en het moeten zijn van hun eigen regiebehandelaar. Er vallen bijvoorbeeld steeds meer hulpbronnen, van buiten de reguliere GGZ (bijvoorbeeld voor psychosomatische klachten), buiten het pakket van de verzekering (en er is geen pure restitutiepolis meer). Ook hebben de bezuinigingen bepaalde behandelmogelijkheden doen verdwijnen. Daarnaast moesten veel deelnemers wachten op hulp, werden ze doorverwezen (bijvoorbeeld omdat organisaties de behandeling of problematiek niet vonden passen of vonden dat ze al een passende behandeling hadden gehad), en werden behandelingen soms abrupt gestopt bij het wisselen van behandeling of organisatie.

"Toen het eenmaal aan het licht kwam, ben ik zelf als een soort regiebehandelaar op zoek gegaan naar wat helpt. Ik wilde zo graag beter worden dat ik ook alles maar deed wat er wat er voor handen was. […] Die ambulante zorg kon mijn crisis niet dragen. Toen heb ik heel erg het gevoel gekregen dat de organisatie dacht dat het niet meer hun verantwoordelijkheid was: 'Ga maar naar de volgende'. Dus toen ben ik echt in een mega gat gevallen. […] De bezuinigingen hebben veel gedaan met de zorg voor complexe trauma. […] Op heel veel plekken zijn die afdelingen wegbezuinigd, en dan moet je dus bij de vrijgevestigde GGZ terecht. Maar de restitutie polissen nu eruit, waardoor mijn behandeling ook echt op het spel staat. […] Ik weet nu nog steeds niet of mijn behandeling in 2026 doorgaat."

"Ik heb echt twee jaar moeten wachten. […] Het is zo ingewikkeld dat je het gevoel hebt dat je heel hard moet vechten voor je eigen zorg. Dat je zelf al moet bedenken wat je wilt, en waar en hoe je dat wilt. […] Je hebt het gevoel dat je er alleen voor staat. Als je binnen de gebaande paden past, dan kan het wel, maar hoe vaak ik dan te horen heb gekregen 'Je bent hier te eenvoudig voor.' of 'Je bent hier te complex voor.'. De gespecialiseerde zorg is ook niet altijd passend. Dit komt juist door al die dingen die worden wegbezuinigd. Je mag hopen dat aan het eind van de wachtlijst jouw kliniek er nog is. […] Dat je met kanker wél een behandeling krijgt en in deze situatie niet (altijd), zegt je als slachtoffer onbewust wat over hoe serieus de impact op jou als persoon wordt genomen door de maatschappij. […] Een vorm van excuses uit de maatschappij (helemaal als je kind was) kan echt bijdragen aan herstel."

De deelnemers benoemden daarnaast dat het belangrijk is om zorgvuldig om te gaan met loyaliteitsconflicten tijdens in de aanpak. Er moet ruimte zijn voor ambivalente gevoelens richting de dader en er moet erkend worden dat mensen niet alleen maar goed of slecht zijn. De deelnemers geven aan het ook onprettig te vinden als een behandelaar een aanname doet over de gevoelens die ze hebben jegens de pleger. Het gevoel niet te kunnen praten over de pleger kan er volgens de deelnemers voor zorgen dat de behandeling niet werkt of dat ze minder open zijn (bijvoorbeeld doordat ze het gevoel hebben te moeten liegen of twee levens te moeten leiden).

"Er moet aandacht zijn voor de ambivalentie, want heel veel behandelaren hebben in het begin mijn stiefvader heel erg als dader neergezet, en daardoor ging ik niet meer praten en was het juist moeilijker om erover te praten, omdat het niet het hele plaatje was. Dan voelde het ook niet alsof ik helemaal gezien werd in de complexiteit ervan. […] Mensen hebben heel snel zo'n oordeel van 'Als iemand dat doet, dan is het wel een heel slecht mens.' Natuurlijk, het zijn echt super slechte daden, maar ik heb ook van diegene gehouden. Als een behandelaar dan alleen maar zei die dader daar moet je heel boos op worden, dat werkte voor mij niet."

"In sommige relaties was het zo complex dat ik dacht 'Hè, maar ik kan ook liefde voelen voor diegene? Hoe zit dat dan? Mag ik dit wel lastig vinden? Is dit dan misbruik of niet?' Ik had het nodig dat een ander dat uitlegde en dat gebeurde eigenlijk niet, waardoor ik dus altijd heel erg die loyaliteit voelde."

Tot slot benoemen de deelnemers dat het ook helpend kan zijn dat mensen uit de omgeving betrokken worden. Lotgenoten contact kan bijvoorbeeld helpend zijn, evenals praten met een steunfiguur uit de omgeving zoals een mentor of vriendengroep. Ook kunnen positieve ervaringen met leeftijdsgenoten helpend zijn. Daarentegen zijn niet alle mensen uit de omgeving behulpzaam en geven de deelnemers aan dat contact verbreken met bepaalde mensen soms ook helpend kan zijn.

"Dat vond ik wel heel fijn, erkenning vanuit de mentor vanuit school. En wat me heel erg heeft geholpen, is ook dat ik […] merkte dat ze niet op iets meer uit waren, of dat ik bang voor hun moest zijn. […] Ik durfde uiteindelijk met hen om te gaan als vrienden en niet als een gebruiksobject."

"Ik heb met een paar vriendinnen elke week een call waarin we een 1% stapje gaan zetten in hoe we onze week beter maken, wat bijdraagt aan ons doel. Dat heeft me heel erg geholpen om hele kleine stapjes te zetten en ruimte te maken voor mezelf om te groeien en tot mezelf te komen. Ik ben er dus ook met meer vrienden gaan praten over wat er is gebeurd en wat het met me heeft gedaan. Dat heeft ook heel erg geholpen. […] Ik heb ook echt het contact met mijn ouders verbroken. Ik dacht dit is de grens, nu kies ik voor mezelf. Maar het heeft heel veel impact op mij gehad hoe de omgeving hiermee om is gegaan en hoe mensen nog steeds niet kunnen inzien hoe zoiets past binnen een systeem, en dat deze mensen dit zelf hebben gefaciliteerd en geen verantwoordelijkheid hebben genomen. Dat is best wel pijnlijk. […] Ik heb me best wel alleen gevoeld in dat proces, vooral ook omdat mijn familie en ouders het niet snapte. Ik kreeg de hele tijd te horen hoe zielig of moeilijk dat voor mijn ouders was. En er was in de therapie niet altijd ruimte voor mijn omgeving."

Behandelingen voor psychosociale en lichamelijke klachten

Om de psychosociale en lichamelijke klachten te behandelen zijn er verschillende partijen betrokken geweest bij de deelnemers, waaronder ambulante behandelaren, de GGZ, POH-GGZ, maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters, schematherapeuten, sociotherapeuten, traumabehandelaren, verslavingszorg en het ziekenhuis. Ook hebben de deelnemers verschillende behandelingen gevolgd met verschillende resultaten.

De deelnemers hebben bijvoorbeeld verschillende ervaringen gehad met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Voor een deel van de deelnemers heeft dit heel veel goeds gedaan (e.g., het aantal nachtmerries verminderd), terwijl het voor anderen geen effect had. Het verschil leek hierbij vooral te zitten in dat het voor sommige deelnemers lastig was om zich te richten op één plaatje tegelijkertijd versus het gehele verhaal (zoals bij narratief exposure therapie). Daarnaast vonden sommige deelnemers het lastig om zich te focussen op het nare plaatje en gingen zij dit vermijden tijdens de EMDR. Voor een deel van de deelnemers had het (ook) een negatief effect. Hierbij ging het voornamelijk om lichamelijke klachten (e.g., conversiestoornis/functioneel neurologische stoornis).

"Ik heb voor een deel goede ervaring met EMDR gehad, omdat ik een paar beelden had gekozen die bijvoorbeeld veel in die nachtmerries terugkwamen. […] Bij dat soort beelden heeft het wel geholpen om het aantal nachtmerries over dat beeld te verminderen."

"Ik merkte dat, omdat er zoveel gebeurtenissen waren, ik niet kon focussen op één gebeurtenis. Dus ik kon niet één plaatje voor me houden. […] De verkrachtingen, dat is een uitgebreide gebeurtenis geweest. Omdat ik te maken had met loverboys, waren er veel dingen die in elkaar kwamen. Het was een zooitje in mijn hoofd."

"Ik ben Queen Vermijding. Dus de man zei dan 'Focus op een plaatje.' en daar begon ik dan wel mee, maar mijn hoofd zat zo in de vermijding en de overleving, dat ik er dan gelijk niet meer aandacht. Dat vond ik heel naar, want ik wou gewoon dat het werkte en ik wou gewoon aan dat plaatje denken om er vanaf te komen. Mijn brein wou dat gewoon niet, die die weigerde."

"Ik ben er heel erg ziek van geworden. Ik had een conversiestoornis, of wat nu functioneel neurologische stoornis wordt genoemd. […] Ik ging voor die behandeling nog drie keer in de week zelfstandig met de trein naar mijn opleiding, en aan het einde moest ik door mijn moeder in een rolstoel naar binnen worden geduwd, en kon ik niets meer zelfstandig doen. […] Ik heb later nog één keer EMDR gehad, en toen was het alsof ik een hersenschudding had. […] Ik kreeg hoofdpijn, moest heel snel huilen, en kon slecht tegen de prikkels van licht."

Sommige deelnemers hebben ook verschillende vormen van exposure therapie gehad, zoals Imaginaire Exposure (IE) of Narratieve Exposure Therapie (NET). Ook hiervoor geldt dat het voor een deel van de deelnemers heel positief is geweest, terwijl het voor anderen niets deed.

"We hebben eerst imaginaire exposure gedaan en echte exposure door middel van voorwerpen en boeken. Dat werkte toen niet. […] Toen ik uit mijn opnames kwam, ben ik met mijn ambulante begeleiding echt exposure gaan doen. Dus ik ben de buurt gaan opzoeken, ben zelfs naar zijn huis gereden en heb mijn middelvinger opgestoken. Ik ben erover gaan schrijven, en dat heeft me wel echt geholpen. Ook om er opener over te zijn, het gewoon durven en dus niet meer vermijden."

"Narratieve Exposure Therapie vond ik heel fijn, want dat was de eerste keer dat ik echt mijn hele verhaal deed. […] Dat je je levenslijn vormt met tien stenen en tien bloemen, en dat ze dan per ding behandeld worden. De behandelaar schreef steeds mee en ik kreeg ook een boekwerk mee. Dat vond ik heel fijn."

Daarnaast kreeg een deel van de deelnemers Cognitieve Gedragstherapie (CGT), waar zij voornamelijk positief over waren. Het verminderde bijvoorbeeld de schuldgevoelens.

"Toen zijn we begonnen aan TG-CGT, dus trauma gerichte cognitieve gedragstherapie. Ik ging eerst heel mijn verhaal uitschrijven in verschillende hoofdstukken. Daar staat natuurlijk heel veel victim blaming naar mezelf in. Toen zijn we al die kleine stukjes gaan aanpassen naar de realiteit: het is niet mijn schuld. Dus eigenlijk aangepast naar het feitelijke, in plaats van hoe het voor mij voelde. Dat heeft wel heel erg geholpen."

Een aantal deelnemers hebben (al dan niet gedwongen) opgenomen gezeten in een kliniek, en deelden hier voornamelijk negatieve ervaringen over. Zo was er sprake van competitie en stigma, een verlies van vertrouwen in de hulpverlening, en een overbelast zenuwstelsel.

"In klinieken was er bijna een competitie onderling: wie is er het ergst getraumatiseerd? Ik vind mannen in het algemeen soms wel spannend, maar niet dat ik echt heel bang ben. Maar als iedereen dat wel is en ik heb bijvoorbeeld wel gevoelens voor een man, dan denk ik: 'Is het raar dat ik dat heb? Ben ik dan wel echt misbruikt?'. […] Het was stigma in mijn hoofd denk ik: 'Als je écht misbruikt bent, dan wil je dat niet meer.'."

"Binnen de gedwongen hulpverlening zijn er trauma's bij gekomen, en was de hulpverlening ook niet altijd veilig. […] Ik heb genoeg negatieve dingen meegemaakt in de GGZ en dan vooral dus het stukje gedwongen zorg. Dat was niet traumagericht, maar daardoor was mijn vertrouwen wel minder in de zorg. […] Vooral omdat het ook raakt aan misbruik en trauma. Op het moment dat je al zo kwetsbaar en beschadigd bent, dat je dan weer mensonterend wordt behandeld. […] Het is heel onmenselijk om met dwang tegen iemand in te gaan."

Sommige deelnemers hebben een hulphond en zijn daar erg positief over. De hulphond wordt zelfs meermaals de beste behandeling genoemd en er wordt ook benoemd dat het diens leven gered heeft. Het hebben van een hulphond zorgt voor een focus op het heden en de toekomst in plaats van het verleden, en het is gemakkelijker om een dier dan een mens te vertrouwen.

"Ik heb dan nu mijn hulphond en dat is eigenlijk mijn beste behandeling geweest. Dit omdat, toen ik met haar ging trainen hoefde ik niet de focus te leggen op het verleden, maar kon ik de focus leggen op het nu, de toekomst en vooruit kunnen. Dat heeft mij wel heel erg geholpen. […] Ik denk dat een hond uiteindelijk werkt omdat het geen mens is, dat helpt wel voor een deel. Daar kan ik veel meer op vertrouwen dan op mensen. En ook wel door wat ze natuurlijk aangeleerd heeft; dat ik erop kan vertrouwen dat ze mij op tijd waarschuwt."

Wat sommige deelnemers misten in hun behandeling en wat anderen juist waardeerden aan hun behandeling, was de connectie met het lichaam, zoals bij bijvoorbeeld Psychomotorische Therapie (PMT), boksend EMDR, Sensorimotor Psychotherapie (SP), en fysiotherapie. Ook sporten zoals zwemmen kunnen helpend zijn. Ook ademhalingsoefeningen zouden helpend kunnen zijn bij het reguleren van emoties (zoals bij een paniekaanval).

"Wat me wel heeft geholpen, is dat ik veel meer lichaamsgerichte behandeling heb gehad. Ik heb Sensorimotor Psychotherapie gehad en vervolgens, en nog steeds Somatic Experiencing (Peter Levine) door een (psychosomatisch) fysiotherapeut. Dat gaat over: wat is er in je lijf opgeslagen? Veel meer het hoofd en het lijf verbonden, en dat gebeurde eerder niet echt tijdens EMDR en exposure."

Veel deelnemers benoemden dat ze graag psycho-educatie zouden hebben gehad over de seksuele ontwikkeling, maar dat ze bij veel behandelaren een taboe op seks bemerkten of dat het simpelweg niet besproken werd. Er werd volgens de deelnemers eerder gefocust op het misbruik en niet op het plezier dat ook bij seks kan horen. Enkele deelnemers hadden wel een behandelaar die aandacht schonk aan de seksuele ontwikkeling en het ontdekken van zichzelf. Sommigen bespreken vragen als 'Wat is normaal en niet normaal?' en 'Wat is fijn?' met vrienden of vriendinnen als de behandelaar dit niet bespreekt. Een gebrek aan dergelijke psycho-educatie kan volgens de deelnemers toe leiden dat slachtoffers opnieuw in risicovolle situaties terecht komen, zoals bij het opzoeken van de verkeerde mensen. Deze psycho-educatie zou ook preventief ingezet kunnen worden volgens deelnemers, bijvoorbeeld in de vorm van een Klokhuis aflevering over wie er aan je lijf mag zitten.

"Wat ik ook echt wel heel lastig vind en ook heel erg gemist heb in behandeling over het algemeen, is dat er bij seksueel misbruik heel veel mis gaat met je eigen seksualiteit. Je weet niet meer wat normaal is en wat je fijn vindt. Daar heb ik eigenlijk in therapie nog nooit ruimte voor gehad. Het gaat over het misbruik, je emoties of het systeem, maar dan denk ik: 'Hoe herstel ik van dat seksueel trauma?' […] Maar ik merk dat ik daar dus zelf heel erg in moet zoeken, en soms ook wel eens de mist mee in ga en dat ook weer schade oplevert. Dus ergens psycho-educatie krijgen over dat stuk is belangrijk. […] Ik heb ook mijn eigen schaamte. Ik kom uit een christelijk gezin en voor ons was seksualiteit echt een no-go tenzij je getrouwd bent. Ik ben een alleenstaande

vrouw, dus dat is al heel complex. […] Ik kan in mijn omgeving al niet terecht met dit soort dingen, want je bent alleen, dus je hebt geen gevoelens, daar komt het op neer. […] Alleen mijn behandelaar van nu gaat daar wel echt open het gesprek over aan, maar verder heeft nog nooit iemand daar iets over gevraagd."

Een paar deelnemers benoemden ook dat zij medicatie kregen, waar zij ook bijwerkingen van ervaarden.

"Ik heb twintig jaar aan de antipsychotica gezeten voor mijn angsten, mijn paniekaanvallen vanuit trauma. Ik heb twee jaar geleden afgebouwd en kreeg daar echt nul hulp bij, omdat ze dat te risicovol vonden. Dus dat heb ik op eigen houtje gedaan. […] Medicijnen doen niet altijd goed aan je lichaam. […] Ik heb dat altijd geslikt, ook tijdens traumabehandeling, en nu ging ik afbouwen en kwam alles weer omhoog. Dat ik denk, ik heb gewoon een hele laag weggeduwd."

Een aantal deelnemers kregen ook te horen dat ze uitbehandeld waren. Sommigen van hen zijn daarom ook alternatieve hulpmiddelen gaan zoeken, zoals meditatie, schrijven, en luisteren naar podcasts of lezingen.

"Ik heb het gezocht buiten de GGZ, dus alternatieve dingen. Niet allemaal succesvol, maar deels wel, waardoor ik weer wilde leven op een gegeven moment. Ook dingen die worden weggezet in het nieuws als compleet onzin en gevaarlijk, waar ik zelf heel veel geld in heb moeten stoppen, maar het was wel een beetje of euthanasie of nog wel wat dingen proberen waar ik andere mensen goed uit zag komen. Dus ik dacht ik heb altijd alles willen proberen, en daar in het alternatieve circuit heb ik wel heel veel heling gevonden rondom PTSS klachten."

"Mediteren heeft mij ook heel veel, en helpt nog steeds. Ik schrijf heel veel. Ik heb een gedichtenbundel gemaakt met persoonlijke gedichten over het misbruik. […] Dat stukje spiritualiteit heeft mij ook heel erg eruit getrokken. […] Op een gegeven moment zit je eigenlijk van probleem in probleem. Ik heb ook schulden gehad bijvoorbeeld en ik heb in de schuldsanering gezeten. Dus je zit continu in de overlevingsstand. Maar doordat ik ben begonnen met mediteren bijvoorbeeld, kon ik een bepaalde rust vinden in mezelf ondanks dat het aan alle kanten aan het stormen was. […] Bijvoorbeeld ook podcasts luisteren. […] Dat zijn echt dingen die helpen. En ook bijvoorbeeld kristalstenen. Dat dat klinkt een beetje zweverig misschien. […] Dat geeft toch een bepaald vertrouwen in dat het goed komt. […] Beweging is ook heel belangrijk."

Nazorg

De deelnemers gaven aan soms een positieve benadering te missen waarin beschermende factoren versterkt worden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een behandeling-vrije dag in te plannen, zodat er ruimte is voor werk.

"Wat ik wel heb gemist, en wat me denk ik wel goed had gedaan, is ook een focus op wat er wel goed gaat. Ik merkte in de opname dat alles was gefocust op wat er mis ging en wat ik niet goed kon. Terwijl ik destijds werk had als leerling verzorgende IG, maar uiteindelijk ben ik dat door die opname verloren."

Kennishiaten & vervolgonderzoek

De deelnemers gaven aan dat er meer onderzoek nodig is naar de impact van behandelingen waarin traumatische situaties worden nagespeeld, op mensen met een vroegkinderlijk trauma.

Codering 2.3

Tabel 2.3.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	10
Erkennen slachtofferschap/als normaal zien	5
Achtergrond cultuur	4
Leeftijd/Ontwikkelingsfase	3
Achtergrond gezin	3
Aangifte/rechtszaak	2
Duiding problematiek	1
Totaal	**28**

Tabel 2.3.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Pleger	2
Type gebeurtenis	2
Online/offline	1
Totaal	**5**

Tabel 2.3.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Moment/vertraging/duur gevolgen	2
Totaal	**2**

Tabel 2.3.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Geheimhouding	9
Trauma/PTSS	8
Victim blaming	6
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	4
Persoonlijkheidsproblemen	4
Reactie omgeving	4

Financiën	3
Schuldgevoelens	3
Suïcidaliteit	3
Vermijding	3
Werk	3
Angst	2
Dissociatie	2
Familieproblemen	2
Grenzen aangeven	2
Schaamte	2
Seksuele ontwikkeling	2
Verslaving/middelengebruik	2
Vertrouwen verliezen	2
Concentratieproblemen	1
Eetproblemen	1
Huisvesting	1
Isolatie/eenzaamheid	1
Maskeren	1
Ouderschap	1
Pesten	1
Psychose/hallucinaties/stemmen	1
Relaties	1
Risicovol gedrag	1
Schooluitval	1
Stemmingsklachten	1
Vrienden	1
Totaal	**79**

Tabel 2.3.5

Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Psychosomatisch	3
Stressniveau verhoogd	2
Uitvallen/verlammen	2
Darmklachten	1

Hoofdpijn	1
Rugpijn	1
Slaapproblemen/nachtmerries	1
Totaal	**11**

Tabel 2.3.6

Behandeling

Code	Aantal
GGZ	10
EMDR	8
Opname/kliniek	8
Serieus genomen/erkenning/gezien/gehoord	8
Vragen naar misbruik/uitbuiting	6
Wisselingen/doorverwezen	6
Classificaties/diagnoses	5
Maatwerk/passend	5
Steunfiguur omgeving	5
Traumabehandeling	5
Wachtlijsten	5
Ambulant	4
Eigen regiebehandelaar zijn	4
Eraan toe zijn/klaar voor zijn	4
Exposure	4
Lichaamsgericht	4
Taboe op seks (behandelaar)	4
Werkrelatie	4
CGT	3
Expertise	3
Financiering	3
Psycho-educatie	3
Veiligheid	3
Alternatieve zorg/hulpmiddelen	2
Gedwongen	2
Hulphond	2
Inspraak	2

Medicatie	2
Mentor	2
NET (Narratieve Exposure Therapie)	2
PMT	2
Psycholoog/psychiater	2
Systeemgericht	2
Uitbehandeld	2
Basisbehoeften	1
Contra-indicatie	1
Fysiotherapie	1
IE (Imaginaire exposure)	1
Lotgenoten	1
Maatschappelijk werker	1
POH	1
Preventieve interventie	1
Schematherapie	1
Sociotherapeut	1
SP (Sensorymotor Psychotherapy)	1
Stabilisatie	1
Verslavingszorg	1
Ziekenhuis	1
Totaal	**140**

Tabel 2.3.7

Nazorg & Periodieke check-ups

Code	Aantal
Opnieuw hulp nodig	3
Formele check-up	1
Beschermende factoren versterken	1
Overblijvende klachten	1
Zelfstandig oefenen	1
Totaal	**7**

Bijlage 22 - Verslag focusgroep 3.3

Verslag van de focusgroepen met ervaringsdeskundigen over de periodieke check-ups na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Dinsdag 18 november 2025

Aan deze focusgroep deden acht vrouwelijke deelnemers mee van gemiddeld 32 jaar (22-46 jaar), waarvan zeven seksueel misbruik hebben meegemaakt en twee seksuele uitbuiting. Bij alle deelnemers vond het misbruik en/of de uitbuiting offline plaats, en bij drie ook online. Deze gebeurtenissen begonnen gemiddeld op 9-jarige leeftijd (0 tot 17 jaar). Bij de meerderheid van de ervaringsdeskundigen betrof het langdurig en/of herhaaldelijke misbruik en/of uitbuiting, soms tot in hun twintiger jaren. Bij zeven van de ervaringsdeskundigen was de pleger een bekende, en bij twee een onbekende. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Gevolgen

De deelnemers benadrukken dat de gevolgen die zij ervaren van het seksueel misbruik en/of seksuele uitbuiting, levenslang zijn en dat deze heel breed zijn. Zo benoemden ze bijvoorbeeld gevolgen op het gebied van werk en financiën, maar ook op het gebied van psychotrauma (e.g., herbelevingen door intimiteit met een nieuwe partner). Andere genoemde psychosociale gevolgen zijn: psychoses, isolatie/eenzaamheid, moeite met ouderschap, schaamte, verlies van veiligheid en vertrouwen, en problemen met familie en nieuwe partners. Genoemde lichamelijke gevolgen zijn: darmklachten, psychosomatische klachten, ontstekingen of infecties en spanning in het lijf.

"Voor mij is het financieel vaak heel pittig. Het voelt een beetje alsof degene die me kwaad hebben gedaan, die zitten in een villa en ik moet moeilijk doen om rond te komen. Dat voelt soms wel heel oneerlijk en daar kan de overheid natuurlijk niet altijd wat aan doen, maar dat puzzelt me soms wel. Dat je dus al die therapieën moet betalen, naast alle andere kosten en het niet kunnen werken."

Behandeling, aanpak en ondersteuning

De deelnemers geven aan dat ze het belangrijk vinden dat er ook preventieve interventies worden ingezet, zodat er meer bewustwording komt rondom seksuele uitbuiting en seksueel misbruik. Hopelijk wordt dit dan ook sneller gesignaleerd wordt en voelen slachtoffers zich vrijer om hierover te spreken. Een genoemd voorbeeld is 'Rots & Water', die helpt bij het stevig neerzetten van je eigen lijf.

"Er moet ook gekeken worden wat je nu al kan doen voor kinderen en scholen in de toekomst. Dat er bewustwording gecreëerd wordt bij ouders en scholen. Dat heb ik ook heel erg gemist. Hoe is het mogelijk dat niemand ook maar iets gezien heeft. Ook binnen het gezin zo kan het zo mis gaan. Dus dat is ook in de preventie belangrijk."

"Er mag veel meer op preventie gedaan worden. Dus niet alleen maar seksuele educatie over hoe seks en

voortplanting werkt, maar ook over hoe werken relaties en hoe hoort dat te werken? Ook op jongere leeftijd."

Ook zou het helpend kunnen zijn als er ervaringsdeskundigen betrokken worden in de aanpak. Dit kan bijvoorbeeld ook gebeuren in de vorm van lotgenotencontact via een ervaringscafé.

"Wat voor mij helpend zou zijn geweest, is de inzet van een ervaringsdeskundige die zonder oordeel er naast kan zijn. Die de tijd heeft, zonder een dossier gelezen te hebben en mogelijk al vooroordelen te hebben."

"Dat heeft voor mij heel erg geholpen, lotgenotencontact. […] Dat is dan voor tijdelijk, een aantal sessies, maar een groep waar je gewoon altijd kan aansluiten, al is het gewoon even om je zegje te doen. Er is een ervaringscafé, maar dat ook voor mensen met ervaring in de jeugdzorg en niet voor dit specifieke onderwerp. "

Daarnaast geven de deelnemers aan dat de aanpak ook gericht moet zijn op de brede gevolgen, en dat dus bijvoorbeeld ook lichaamsgerichte behandeling (met bijvoorbeeld ademhalingsoefeningen) en financiële ondersteuning belangrijk is.

"Ik ben er nu inmiddels achter dat het trauma wat ik heb meegemaakt, ook heel veel effect heeft gehad op mijn lichaam en dat mijn zenuwstelsel overweldigd is. Dus het zou ook goed zijn dat als je therapie hebt, dat er ook heel veel aandacht voor je psyche en je lichaam."

"Ik mis heel erg iets voor de groep die er tussenin valt, die niet fulltime kan werken, maar ook niet voor altijd volledig arbeidsongeschikt is. […] De brede kijk op de brede gevolgen op je hele leven vind ik heel belangrijk."

Verder zouden de deelnemers het fijn vinden als de financiering voor behandelingen beter geregeld is. Dit benoemen ze voor zowel de reguliere als alternatieve zorg, en voor de overgang van jeugd- naar volwassenzorg. Sinds 2015 is de financiering namelijk overgegaan naar de gemeente, waardoor zij de zorg voor de jeugd betalen en de zorgverzekeraars die voor de volwassenen.

"Ik heb ook heel erg last gehad van de overgang 18-/18+, dus van jeugd- naar volwassen-GGZ. […] In de jeugd willen ze niks meer starten, want je bent achttien, dus we krijgen het niet betaald, maar bij de volwassenen kun je ook nergens terecht, want er zijn wachtlijsten. Wat betekent dat je gewoon in een tussenperiode komt. Dat vind ik eigenlijk niet kunnen."

"Het hele stukje alternatieve therapie, dat zou veel meer bij elkaar moet komen met het stukje GGZ. […] Alternatieve geneeskunde, als daar meer vergoeding voor zou zijn, dan scheelt dat ook. Want het is gewoon een heel brede problematiek in hoe dat het zich kan uiten."

Ook gaven deelnemers aan dat er meer ondersteuning mag zijn bij juridische processen en aangiften.

"Het strafrechtelijke proces is heel erg gericht op het juridische/strafrechtelijke vlak, maar niet zozeer op het slachtoffer. Daarin heb ik wel heel erg dingen gemist, terwijl dat wel goed kan doen aan het verwerkingsproces als je eenmaal die stap zet."

Daarnaast is maatwerk belangrijk in de behandeling. Er moet niet alleen gekeken worden naar classificaties en medicatie, maar ook naar wat de oorzaak is van de klachten (in dit geval de seksuele uitbuiting of het seksueel misbruik).

"Ik ben door de uitbuiting situatie op mijn twaalfde vastgelopen in mijn hoofd, en dan kom je met de GGZ in aanraking. […] Daar zitten ze echt op diagnose en het daarop behandelen, en niet waardoor je er nou binnen bent gekomen. […] Op de momenten dat ik wilde praten, omdat ik dacht dat ik er doorheen moest om het een plekje te kunnen geven, kreeg ik er alleen maar pillen bij."

Tot slot kan er volgens de deelnemers beter aangegeven worden wanneer een behandeling klaar is.

"Ik weet nog mijn laatste gesprek met een begeleider uit de jeugdzorg, dat was kennelijk mijn laatste gesprek. Ik wist eigenlijk niet dat dat mijn laatste gesprek was."

Nazorg

Slechts enkele deelnemers hebben na hun behandeling nazorg ontvangen. Als ze wel nazorg kregen was dit vaak in de vorm van ambulante begeleiding (bijvoorbeeld geregeld via de WMO of een FACT-team). De deelnemers vonden het helpend als er met maatwerk gekeken werd wat er nodig was en dat er ook geholpen werd met praktische zaken zoals de wasgoed of opleiding.

"Ik heb ambulante begeleiding. Ik weet niet of dat onder nazorg valt, maar dat houdt mij wel stabiel. Ik zou naar het FACT-team over gegaan zijn na die traumabehandeling, maar het FACT team sloot echt totaal niet aan. Toen is er gekozen om ambulante begeleiding in te zetten. Zij komt gewoon twee uur in de week en kijkt wat er op dat moment nodig is, dus heel erg maatwerk. De ene keer is het een wandeling en de andere keer is het meer de was doen omdat ik dat niet overzie. Het helpt me om niet helemaal weg te zakken, omdat er elke week even iemand meekijkt of het nog lukt en wat ik nodig heb. Dat helpt wel."

"Ik ben op een gegeven moment bij het FACT-team terecht gekomen, maar dat was uiteindelijk niet passend. Daarna heb ik ambulante begeleiding gekregen vanuit de WMO. Dat is niet vanuit de GGZ geïnitieerd. […] Het liep niet lekker en toen had ik zelf zoiets van, dan maar praktische hulp zodat ik mijn weken door kan komen."

"Het UWV heeft ook geholpen met mijn opleiding, ondanks dat ze zeiden dat ik volledig was afgekeurd. Ik heb het wel vergoed gekregen en daarin hebben ze wel geholpen dat ik weer terug de maatschappij in kon komen. Dit vond ik dus ergens buiten de GGZ."

Dat de deelnemers geen nazorg ontvingen had verschillende redenen. Er vond bijvoorbeeld een wisseling in behandelaren plaats, het werd niet geïnitieerd vanuit de GGZ of de nazorg werd niet vergoed.

"Ik zou mijn traumabehandeling afmaken en gelijk nazorg krijgen. Dat is niet gebeurd, maar ik heb er wel 1,5 jaar gezeten. Ik vond dat niet helpend. […] Mijn nieuwe behandelaar werd ziek, kon het daardoor niet afmaken en mijn oude behandelaar pakte het niet terug op."

"Ik was drie jaar in traumabehandeling en daar hadden ze een nazorgtraject, wat inhield dat je met een groep die uitstroomt elke week bij elkaar kwam. Maar ik kwam daar niet voor in aanmerking. Ik woonde niet in die gemeente en kon de nazorg dus niet krijgen omdat het niet vergoed werd."

Tot slot hadden de deelnemers soms behoefte aan iemand die altijd bereikbaar is, ook 's avonds.

"Ik heb iemand gemist die 's avonds bereikbaar is. Met de dag is iedereen thuis en loopt het leven, maar 's avonds zit je alleen en dan komt er van alles boven en dan heeft iedereen zijn telefoon uit."

Informele check-ups

Drie deelnemers hebben een informele check-up gehad, waarbij er bijvoorbeeld via een berichtje of belletje door de behandelaar werd gevraagd hoe het ging. Ook werd er bij sommigen aangegeven dat ze binnen een jaar nog zelf opnieuw contact konden opnemen. De deelnemers gaven echter aan dat deze informele check-ups vaak niet voldeden aan hun behoeften of dat ze niet uit zichzelf gebruik maakten van de optie om te bellen.

"Ik heb ook informeel gehad dat de behandelaar nog een berichtje stuurde 'Hoe is het nu met je?', maar ik had niet het idee dat mensen écht zicht hebben op hoe het met je gaat."

Medische check-ups

Periodieke check-ups zijn geen nieuw fenomeen. In de medische wereld worden deze namelijk al ingezet. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij kanker en auto-immuunziektes. Bij hen is het gebruikelijk om ze periodiek terug te laten komen bij een multidisciplinair team. De deelnemers gaven aan daar ook behoefte aan te hebben.

"Als ik zou kijken naar mijn eigen behoefte, en even los zou laten wat financieel mogelijk is, dan zou ik denk ik echt een plek willen. Bijvoorbeeld in een ziekenhuis wat echt ingericht is voor mensen met (vroegkinderlijk) trauma of seksueel geweld. Net zoals dat je bijvoorbeeld kanker hebt, of een auto immuunziekte die gevolgd wordt. Dat je elk half jaar weer langskomt en dat er wordt gedaan wat nodig is. […] Dus dat je één plek hebt waar alles gedaan kan worden wat nodig is. Dus als jij op dat moment traumabehandeling nodig hebt, dat je dat krijgt. Maar als jij heel vaak een schimmelinfectie hebt, dat je naar de gynaecoloog of seksuoloog kan. […] We weten allemaal dat misbruik gewoon op je hele systeem impact heeft."

Bij wie checken?

De deelnemers gaven aan dat ze soms (zelfs met nazorg) nog last hebben van overblijvende klachten, terugkerende klachten of nieuwe klachten. Ook benoemden ze dat ze vaak levenslang op veel levensgebieden klachten ervaren. Daarnaast worden ze soms opnieuw slachtoffer. Alle deelnemers gaven aan dat het daarom fijn zou zijn als ze in ieder geval de optie voor een periodieke check-up aangeboden krijgen. Het vrijwillige aspect en maatwerk blijven echter belangrijk.

"Als ik het zou kunnen invullen, hoe ik denk dat het écht helpend zou zijn, is een strippenkaart voor begeleiding. Dat als je het afsluit, dat je dan een soort van strippenkaart hebt waarbij er gewoon een aantal uur beschikbaar is. Ik werk zelf in de verslavingszorg en neem zelf het initiatief om in ieder geval drie afspraken te maken als iemand weer uit is gestroomd. […] Ik vraag dan: "Wat wil jij?". Dus ik stel die vraag wel, die vraag komt vanuit mijn initiatief, maar ik laat de regie bij de cliënt. […] Ik had het ook wel fijn gevonden dat er even werd gecheckt door die begeleider: 'Hey, hoe gaat het nou met je?'"

Wanneer, hoe lang en hoe vaak checken?

Om te bepalen wanneer, hoe lang en hoe vaak periodieke check-ups uitgevoerd moeten worden, is het van belang te beseffen dat klachten zich in bepaalde levensfasen opnieuw kunnen voordoen. Voorbeelden hiervan zijn bij het krijgen van kinderen en het aangaan van nieuwe relaties. Deze afspraken hoeven niet lang te duren volgens de deelnemers, soms zijn enkele tips al voldoende.

"Toen ik toen ik in [Plaats] ging wonen, had ik nog geen kinderen. Het begon eigenlijk weer toen mijn oudste dochter zes jaar was. Toen kwam het heel hard terug. […] Nu ik zelf kinderen heb, dan zit je toch ook opgesloten in spiegels waar je tegenaan loopt. Als je dus moeder, vader of ouder bent, dat je daar ook met je vraag terecht kan: 'Ik loop hier tegenaan. Wat kan ik daarin doen?', want dat heb ik zelf gemist. […] Ook bij het opnieuw aangaan van relaties of daten, dan loop je tegen dingen aan."

Als je periodieke check-ups doet: 'Je hebt het nu een half jaar zelf gedaan, wat voel je nu?' […] Stel, je bent op een gegeven moment een beetje hersteld, en je hebt zoiets van ik sta wel open voor een relatie, dan loop je vanzelf weer tegen dingen aan. Als je dan weer eventjes tijdens die check-up kan aangeven: 'Hey, ik merk nu toch even dit.'. Het hoeft niet wekelijks meer, zoveel hulp heb je niet meer nodig, maar af en toe wat tips."

De deelnemers gaven aan dat een periodieke check-up eens in het half jaar passend zou zijn. Echter wordt de voorkeur door de meeste deelnemers gegeven aan het werken met maatwerk, waarbij de frequentie eerst hoger ligt, dan langzaam afneemt als het goed gaat en weer wat omhoog gaat in moeilijke periodes. Dat wat nodig en wenselijk is verschilt per slachtoffer; elk slachtoffer heeft diens eigen herstelproces. Hij of zij kan het beste zelf aangeven waar de behoefte ligt.

"Ik denk dat het voor mij helpend zou zijn als iemand afstemt 'Hoe vaak zou voor jou helpend zijn?'. Misschien was in de ene periode van mijn leven, nadat dingen net gebeurd zijn, elke twee/drie maanden nodig, maar nu is het misschien maar één keer in het jaar. Het is een beetje afhankelijk van hoe je leven op dat moment loopt. Maar wel met de kanttekening dat je zelf ook altijd even contact op kan nemen als je ergens echt concreet tegenaan loopt."

"Ik zou wel waarde zien in dat je een dossier open kan houden om een afspraak te hebben over een paar maanden, om de lijntjes kort te houden, zeker in de eerste periode. Ik denk dat ik daar wel behoefte aan zou hebben. […] Ik denk dat in het begin je een grotere kans op terugval hebt, omdat je dan juist weer het leven moet gaan oppakken. […] Ik denk dat als je basis steviger ligt, dat dat de kans misschien iets kleiner wordt. […] Het doorwerken en zoeken naar wat er over blijft , dat kan best een lastige periode zijn in het begin. Dus ik zou voor me zien dat het in het begin wat frequenter is en dan afneemt."

De deelnemers gaven aan dat periodieke check-ups levenslang zouden moeten worden uitgevoerd, omdat de gevolgen die zij ervaren ook levenslang zijn. Daarnaast kunnen zij ook opnieuw slachtoffer worden.

"Hoe lang zou dat dan moeten lopen? Mijn idee is eigenlijk wel levenslang, dat klinkt echt heel dramatisch, maar de gevolgen zijn ook levenslang. […] Ik denk voor velen van ons, dat je op bepaalde momenten tegen dingen aanloopt. Dus je kunt niet zeggen 'Je behandeling is nu afgerond en dit is het.', want zo simpel werkt het gewoon niet."

"Er kan geen tijd op vind ik, want er gebeuren ook weer nieuwe dingen in het leven wat ook weer triggers kunnen zijn, of dat het toch wel makkelijk is om weer het verkeerde netwerk op te zoeken. Je kunt niet zeggen, je hebt een half jaar, daar heb je soms wel drie jaar een contactpersoon voor nodig. […] Opeens wordt er gezegd 'Je bent uitbehandeld.', maar je nieuwe leven moet nog beginnen. En waar loop je dan tegenaan? En waar val je in terug? Dus hoe kan je dan uitbehandeld zijn als je herstel levenslang is?"

De deelnemers gaven aan dat zij het risico op overmatig gebruik van het behouden van contact en hospitalisering klein achten, omdat het korte contact erg helpend en geruststellend zou zijn, ze in de praktijk al niet overmatig gebruik maken van het aanbod contact op te nemen, en er duidelijke verwachtingen zijn en afspraken gemaakt kunnen worden bij het afronden van het traject. Bovendien verwachten ze dat het risico enkel groot zou zijn als te veel zaken van het slachtoffer worden overgenomen, waardoor er een afhankelijkheid ontstaat. Bij de periodieke check-up zou dit niet het geval zijn. Mocht een slachtoffer bijvoorbeeld toch wekelijks contact opnemen, dan zou transparant besproken kunnen worden dat er misschien een vastere vorm van hulp nodig is.

"Het is best natuurlijk dat je een tijdje zelf loopt en dat je weer eens tegen iets aanloopt. Dan ben je met één sessie sparren weer heel veel verder. […] Dat geeft rust. Voor mij weegt dat op tegen het risico om gehospitaliseerd te raken. Helemaal omdat er ook kaders zijn van hoe vaak je komt. Het is periodiek, dus het is ook niet de bedoeling dat je dan elke week gaat bellen."

"Hospitaliseren gebeurt alleen als je dingen echt overneemt van mensen. Natuurlijk hebben heel veel mensen moeite met loslaten. Ik had dat soms ook. Maar wat ik nu met mijn cliënten doe is, ik zie ze een paar keer en daarna zeg ik ook: 'De volgende keer is de laatste keer dat we gewoon zo afspreken. Weet dat je me daarna gewoon kan bellen.'. […] Als je een goede vertrouwensband hebt met een cliënt, kan je dat ook zeggen: 'Ik denk dat het nodig is dat we kijken naar een wat vastere vorm van hulp, begeleiding, iemand waarmee je kan praten.'. […] Als je iemand hebt die dus kennelijk nog wekelijks of meerdere keren per week contact nodig heeft, dan moet dat ook geregeld worden. Dan is diegene nog niet uitbehandeld."

Wat checken?

De deelnemers beschreven dat tijdens de periodieke check-up factoren op verschillende levensgebieden gemonitord moeten worden. Zo moet er gesproken worden over de behoeften en psychische klachten die de slachtoffers ervaren, bijvoorbeeld met behulp van vragen zoals: 'Hoe gaat het?', 'Wat voel je?', 'Welke gedachten komen er naar boven?' en 'Zijn er nog dingen waar je behoefte aan hebt?'. Er moeten niet alleen vragen gesteld worden met betrekking tot diagnoses of medicatie, maar ook waardoor dat komt en hoe dat tot uiting komt. Bijvoorbeeld door te vragen naar hoe het psychotrauma tot uiting komt, niet alleen met betrekking tot mentale klachten, maar óók lichamelijke klachten. Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor het dagelijks leven (met vragen als 'Waar loop je tegenaan?'), waaronder het aangaan van gezonde relaties, ouderschap, financiën en werk. Veel van deze dingen hebben ze zelf niet goed geleerd (als kind).

"Je kan heel veel met je hoofd doen en heel veel praten, maar echt een stukje lichamelijk trauma dat moet ook worden meegenomen. En hoe je in het dagelijks leven eigenlijk een gezonde relatie aan moet gaan met een man of vrouw. Want hoe moet je dat doen? Je wordt gewoon losgelaten, want je hebt het labeltje niet meer. Maar wat moet je dan wel normaal doen? Dat heb je ook nooit geleerd als kind. […] Als je weer een check up doet

moet er gevraagd worden: 'Je hebt een half jaar, geen idee, yoga gedaan. Wat voel je naar boven komen? Wat voor gedachtes heb je? Komen er nog trauma's naar boven?'."

"Dit is even een moment om te kijken gaat het nog goed? Zijn er nog dingen waar je behoefte aan hebt? In plaats van dat je het gevoel hebt dat je zelf moet kijken naar wat je allemaal nodig hebt en wilt. Je moet het natuurlijk ook zelf doen, maar het is soms gewoon fijn als iemand even met je meekijkt en denkt."

Door wie checken?

Volgens de deelnemers is een van de belangrijkste benodigde eigenschappen van de uitvoerders van de periodieke check-ups een goede werkrelatie, en dus een vertrouwensband met het slachtoffer. Het kan daarbij helpend zijn als de uitvoerder een bekende is van het slachtoffer, zodat de geschiedenis bekend is en er tijd bespaard wordt. Daarnaast kan expertise op het gebied van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik prettig zijn.

"Het zou ook fijn zijn dan als je merkt dat dit specifieke trauma weer opspeelt, dat je dan een gesprek kan hebben met een specialist. Want ik heb eigenlijk ook nog nooit hierover met iemand gesproken die gespecialiseerd op dit gebied, terwijl dit toch wel de kern van mijn problemen is. Dus dat je bijvoorbeeld kan praten met een seksuoloog of zelfs met een relatietherapeut. […] Dat het gewoon iemand is die je vertrouwt en die je al een beetje kent. Ik denk dat dat dat het belangrijkste is."

De deelnemers gaven aan dat ze het prettig zouden vinden als de uitvoerder van de periodieke check-ups multidisciplinair samenwerkt, mede omdat de deelnemers vaak het gevoel hadden dat ze hun eigen regiebehandelaar moesten zijn en de andere zorg (e.g., relatietherapie) ook zelf moesten betalen. De deelnemers beschreven als ideaalbeeld één plek/gebouw waar ze (bijvoorbeeld m.b.v. een verwijzing door de huisarts) naartoe kunnen (e.g., een kenniscentrum of ziekenhuis) waar een multidisciplinair team aanwezig is dat alle verschillende klachten aan kan pakken. Het team zou kunnen bestaan uit onder andere een seksuoloog, gynaecoloog, relatietherapeut, traumabehandelaar, jobcoach, uitkeringsdeskundige en politie (voor ondersteuning bij een aangifte). Dit zou het kunnen vergemakkelijken om informatie te delen tussen hulpverleners, fysieke oorzaken van klachten uit te sluiten, en om hulp te vragen. Het is volgens de deelnemers belangrijk dat je hier naartoe kunt ongeacht hoe lang geleden de gebeurtenis heeft plaatsgevonden, en dat het niet alleen een website is maar echt een fysieke locatie.

"Als ik nu kijk naar mijn week, dan heb ik vijf verschillende afspraken: de revalidatiearts in [Plaats 1], de gynaecoloog in [Plaats 2], therapie in [Plaats 3]... Soms word ik een knettergek, omdat het ook allemaal niet samenwerkt. Dan kan ik echt denken, kan er niet gewoon één plek zijn waar ze kunnen opschalen en afschalen? Eén plek waar ik altijd weer op terug kan vallen, dat ik elk half jaar kan kijken: ik zit nu bijvoorbeeld in de in de fase dat ik heel graag een relatie zou willen, ik zeg maar wat hè. Dat je samen kijkt naar: hier loop ik tegenaan, kan ik daar hulp bij krijgen? En de andere keer is het dat ik heel erg last van mijn darmen heb. Ik ben daar echt een voorstander van. Dat is mijn behoefte. […] Dus dat er iemand zit die je kan helpen met de WIA of met een uitkering. Iemand die meer over zingeving weet. Iemand met een ernstige ziekte kan dat in het ziekenhuis ook allemaal krijgen. Dus dat je alles op één plek hebt en dat je niet constant maar hoeft te zoeken. Het kost zoveel energie om altijd zelf maar uit te zoeken waar je heen moet. […] Het is ook belangrijk omdat heel veel dingen verband met elkaar hebben. […] Terwijl, als je met één team bent en mensen kunnen aanhaken die op dat moment nodig zijn, dan kun je ook veel gerichter behandelen en ook met elkaar kijken of het echt alleen maar

trauma is of dat er ook fysiek iets achter zit."

"Het stukje betere multidisciplinaire samenwerking dat spreekt mij heel erg aan. Anders word je toch een beetje je eigen regiebehandelaar, omdat je van de een naar de ander moet. Ook in het informatie delen, dat als je ergens anders komt, dat je dan de achtergrond moet uitleggen."

"Ik voel ook wat voor die samenwerking, omdat het laagdrempeliger voelt. Het voelt meer alsof je naar het ziekenhuis, naar een afspraak gaat in plaats van alsof er heel veel met jou mis is, want dat kan in de geestelijke gezondheidszorg wel echt zo voelen. […] Nu loop je tegen wachtlijsten aan, en je moet zelf weten wat je wil en je eigen regiebehandelaar zijn. Dat zijn dingen die de drempel heel hoog kunnen maken."

Meerwaarde periodieke check-up

De meerwaarde van de periodieke check-up zit volgens deelnemers voor een deel in de preventieve werking ervan. Door na enige tijd te checken hoe het met een slachtoffer gaat, kan laagdrempelig en vroegtijdig gesignaleerd worden of iemand opnieuw hulp nodig heeft, waardoor korte hulp (e.g., meedenken, sparren, een gesprek, handvatten, etc.) kan volstaan en er niet een heel nieuw traject nodig is. Deelnemers denken met een check-up ook minder snel een terugval te hebben, onder andere door het aanleren van nieuwe normen en het hebben van een vangnet. Dit zou uiteindelijk het zorgsysteem kunnen ontlasten.

"Het is ook laagdrempeliger. Het hoeft er niet uit te zien zoals het er voorheen uitzag. Het kan ook betekenen dat je twee afspraken hebt en dat iemand even met je meedenkt wat er nu nodig is. Misschien kan je ambulante hulp aanvragen thuis, of misschien kan je eigenlijk in je eentje wel weer verder. Het voelt soms ook helemaal niet passend dat je weer op een wachtlijst moet staan of hulp moet aanvragen, terwijl dat misschien niet eens de vorm hulp is die je nodig hebt. […] Het kan heel goed zijn dat je gewoon even met iemand wil sparren. […] Dat iemand even met je mee kan kijken kan al heel helpend zijn. Dan heb je ook het gevoel dat je het in niet in je eentje aan het doen bent. Dan heb je misschien geen heel zorgtraject nodig."

"Toen ik nog een lijntje had, hebben ze snel kunnen handelen en dat heeft wel geholpen. […] Ik denk dat het belangrijk is voor mij, omdat ik mijn leven dan zo goed mogelijk kan leven, met een goede kwaliteit van leven, en mijn trauma's het minste schade aan laat doen aan het leven dat ik nu heb. Dat ik ermee om leer gaan, nieuwe normen leer en leer denken voor mezelf. Het is zo lang de norm geweest om misbruik mee te maken. […] Ik denk eigenlijk dat als je goede nazorg inplant, dat je ook uiteindelijk de GGZ verlicht, want nu komt heel veel bij de GGZ terecht. […] Ik weet dat het deel van me is, het zal nooit over zijn, maar een check-up leert je accepteren in plaats van te denken: 'Zou ik een nieuwe diagnose of behandeling nodig hebben?'."

Een ander voordeel van de periodieke check-up dat deelnemers noemden, is dat het terugkeren bij een bekende hulpverlener energie, geld en tijd bespaart. De hulpverlener kent het verhaal en de geschiedenis al en als een slachtoffer niet opnieuw op een wachtlijst hoeft, is het ook laagdrempeliger om opnieuw hulp te vragen.

"Het voordeel is dat je gewoon constant op dezelfde plek terugkomt. Dus ze weten je geschiedenis en wat je al gedaan hebt. Als ik een nieuw traject heb ben je, voordat je al die vragenlijsten en intakes weer gehad hebt, alweer zoveel uur verder. Terwijl je dan even snel terug kan voor één of twee gesprekken. Dat kost minder energie, maar ook minder geld."

"Het is nu niet meer zo makkelijk om terug te komen. Ik dacht ook 'Als het nu stopt ga ik echt niet zomaar terug, want ik ga niet opnieuw op een wachtlijst staan.'."

Het belangrijkste punt van meerwaarde van de periodieke check-up zit in het feit dat het de overgang na een traject verkleint. Momenteel is de overgang erg groot en onnatuurlijk. Hierdoor voelen de deelnemers zich in de steek gelaten en niet serieus genomen.

"Ik denk dat de stap heel groot voelt. […] 'Nou succes mevrouw, ga maar op de wachtlijst staan. Je staat nog niet op een brug, dus prima.'. Dat lijkt mij niet een fijne sfeer die helpt bij herstel. […] Zo'n traject voelt ook raar; 'We gaan nu heel intensief helpen en daarna doei!'. Dat mag wel wat organischer wat mij betreft. […] Het voelt voor mij ook onnatuurlijk, dat je met iemand echt zo'n vertrouwensband hebt, en dat het dan ineens zo is van: 'Nu is het klaar, want dat hebben we ergens besloten een keer, en dan zien we elkaar nooit meer.'

"Ik vond het eng, omdat ik zoveel jaren had geleefd met de GGZ. Het is best wel eng als je het gevoel krijgt dat je het alleen moet doen en losgelaten wordt. Ergens had ik zoiets van dat is uiteindelijk waar je naar toe wil, maar tegelijkertijd is het ook heel gek, als je zoveel jaren niet anders bent gewend, om dan dat stukje kwijt te raken, omdat je dan ook wel een bepaalde veiligheid en houvast kwijtraakt. […] Het is wel heel fijn als niet, zoals ik vaak het gevoel heb gehad, je dossier gesloten wordt en je laten vallen wordt. Juist omdat veel mensen toch ook al een issue hebben met onveiligheid en eenzaam zijn of in de steek gelaten worden. Dat wordt ook bevestigd op het moment dat er wordt gezegd 'Het is nu klaar en je mag ook niet meer contact opnemen.'."

De deelnemers geven aan dat ze zich door de periodieke check-up meer gehoord en gezien zouden voelen. Het zou de impact van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik op hun leven erkennen. Ook zouden de periodieke check-ups hen geruststellen en houvast geven, waardoor ze meer vertrouwen hebben om zelfstandig te oefenen.

"Die begeleider heeft wel een paar keer ingecheckt en dat voelt fijn, want dan voel ik me gezien. […] Het feit dat ik kon bellen was al geruststellend."

"Wat meer overgang en af en toe kijken 'Hoe gaat het nu? Heb je nog iets nodig? Nee. Oké, prima.', dat voelt menselijker dan 'Je kunt het nu zelf.' en dan moet je het ineens ook allemaal kunnen. […] Het kan heel helpend zijn als er alleen al het idee is van een vangnet. Het idee dat je terug kan komen en dat je geholpen kan worden als je even vastloopt of tegen iets nieuws aanloopt. […] Het idee 'Ik ga dit proberen, maar als ik vastloop dan is er gewoon weer hulp.' is denk ik vaak al genoeg waardoor je het niet eens nodig hebt. Je weet dat het er kan zijn, dus het is laagdrempeliger."

"Ik zou me ook gezien en serieus genomen voelen, omdat ik nu vaak het gevoel heb dat ik me moet verdedigen als iets niet lukt of ik nog wat hulp nodig heb, in de maatschappij, maar in GGZ-land helemaal. Dat iemand eens in het half jaar zou vragen 'Hoe gaat het? Kunnen we nog iets doen? Is er iets waar je tegenaan loopt?', zou me het gevoel geven dat het oké is als ik ergens moeite mee heb. […] Voor mijn gevoel wordt het echt heel erg onderschat door mensen hoe zwaar het soms kan zijn en dat je al best wel heel erg moet knokken, alleen. In mijn geval, ben ik ook mijn familie kwijt en mijn complete netwerk. Alles moet je opnieuw opbouwen, je moet je hele leven zien vorm te geven. Relaties zijn ingewikkeld. Lichamelijk is het zwaar. Dat daar oog voor is. Dat geeft erkenning en maakt het een stukje lichter. […] Als ik terug kan komen geeft het me ook vertrouwen dat ik het zelf mag proberen en dat als het even niet lukt, ik kan terugkomen. Dat geeft veel meer vertrouwen vanuit

de hulpverlening om het zelf te gaan proberen, dan dat op hun voorwaarden zo lang moeten behandelen en dat ik het daarna uit moet zoeken. Dus ik denk dat het mij juist heel veel vertrouwen en ruggensteun geeft om het juist wel te gaan proberen, in plaats van dat ik me heel erg blijf vastklampen."

Daarnaast geven de deelnemers aan dat de periodieke check-up ervoor zou zorgen dat ze zich minder eenzaam zouden voelen in hun herstel.

"Ik denk dat het voor mij ook heel erg bij zou dragen aan dat ik me minder alleen zou voelen, dat ik minder het gevoel heb alsof ik het allemaal maar in mijn eentje moet doen. Want dat gevoel heb ik ten tijde van die ervaring ook gehad. Ik denk dat het idee dat je even ergens aan kan kloppen, en dat je niet meteen een heel traject start, maar dat je even met iemand kan sparren al bijdraagt, omdat ik me meer gesteund, meer gezien en minder alleen zou voelen."

Tot slot kan de periodieke check-up volgens de deelnemers helpen het vertrouwen in de maatschappij terug te krijgen. De deelnemers vinden seksuele uitbuiting en seksueel misbruik ook een maatschappelijk probleem.

"Je bent in zo'n verschrikkelijk kwetsbaar iets geraakt als persoon. Je moet dat vertrouwen terug zien te winnen van de maatschappij, maar de maatschappij laat je zomaar in één keer weer los. Ik denk dat met dat ene belletje één keer per maand of hoe vaak dan ook, dat je daarmee de rest van je leven veel meer dat vertrouwen terug kan krijgen. Dat je voelt dat het ook niet verkeerd is om hulp te blijven vragen. […] Je vraagt eenvoudig hulp voor iets wat je als kind zijnde, of op oudere leeftijd, doordat je misbruikt bent nooit hebt geleerd."

"Neem het serieus. Er mag ook meer verantwoordelijkheid liggen bij de maatschappij en omgeving als ze wel iets hebben gezien en ook als mensen niks hebben gezien. Mensen moeten ook hun verantwoordelijkheid pakken en zien dat het een maatschappelijk probleem is, en dus niet alleen probleem van het slachtoffer. De schaamte mag in die zin ook van kant wisselen."

Randvoorwaarden

Om periodieke check-ups te organiseren zal er aan een aantal randvoorwaarden voldaan moeten worden. Ten eerste moet er rekening gehouden worden met de privacywetgeving en de mogelijkheid om data te delen.

"Ik werk in de data en weet dat data delen binnen zorgbedrijven heel moeilijk is. Je kan wel zeggen 'Data moet samen gedeeld worden.', maar elk systeem werkt anders. Er is een nieuwe wet die zegt dat data gedeeld mag worden binnen overheidsinstanties en GGZ, maar dat moet wel kunnen en dat moet gebouwd worden. Daar heb je mensen voor nodig en daar is ook weer geld voor nodig."

Ten tweede moet er voldoende geld beschikbaar worden gemaakt om de periodieke check-ups op te zetten en moet het financiële systeem aangepast worden. Momenteel zijn er geen uren beschikbaar voor periodieke check-ups, mogen dossiers niet langdurig open blijven staan en moet er gewerkt worden met diagnose-behandelcombinaties (DBC's) en het het zorgprestatiemodel (ZPM). Uiteindelijk zouden de periodieke check-ups juist geld kunnen besparen. Dit, omdat de check-up voldoende kan zijn voor slachtoffers en ze dan niet in behandeling blijven uit angst, maar juist het vertrouwen krijgen om het zelfstandig te proberen.

"Ik wilde een hele lange tijd ook juist die behandeling houden, omdat ik te bang was om het alleen te doen. Dus dan ben je als GGZ alleen maar meer kosten kwijt."

"Het is gek dat je dossier wordt afgesloten en je dan gewoon weg bent. Er is dan niemand meer vanuit de GGZ die betrokken is, omdat ze een dossier niet kunnen openhouden, omdat je binnen een DBC moet passen en als die afloopt is het gewoon klaar. […] Het dossier kan nog wel gemakkelijker heropent worden in het eerste jaar, maar daarna is het helemaal dicht. […] Dus er was niet na een tijd een afspraak over hoe het gaat, daar was gewoon geen ruimte voor. […] Ze hebben nu een prestatiemodel. […] Ik heb een dossier gehad bij een instelling die tien jaar open was. Dat is compleet ondenkbaar in deze tijd."

Kennishiaten & vervolgonderzoek

Er is volgens de deelnemers meer onderzoek nodig naar de financiële gevolgen op slachtoffers van seksuele uitbuiting en seksueel misbruik. Er zou gekeken kunnen worden naar de relatie tussen welke hulpmiddelen zij wel of niet gekregen hebben (e.g., uitkeringen zoals WaJong en WIA), hoe zij er jaren later financieel voor staan en hoe het met hun herstel gaat (en de druk op/wachtlijsten in de GGZ).

"Hoeveel van de slachtoffers hebben een WaJong of WIA gekregen, versus hoeveel vielen tussen wal en schip, en in welke mate hebben zij nu hun leven weer opgepakt in financieel opzicht? […] Financiële stress kan wellicht een grote rol spelen in herstel. Als men minder financiële stress heeft, zou dat dan minder druk leggen op de ggz, minder wachtlijsten?"

Codering 3.3

Tabel 3.3.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Aangifte/rechtszaak	2
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	2
Leeftijd/ontwikkelingsfase	2
Erkennen slachtofferschap/als normaal zien	1
Totaal	**7**

Tabel 3.3.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Type gebeurtenis	10
Totaal	**10**

Tabel 3.3.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Moment/vertraging/duur gevolgen	4
Leefgebieden	1
Variatie gevolgen	1
Totaal	**6**

Tabel 3.3.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Trauma/PTSS/herbelevingen	8
Financiën	7
Relaties	4
Ouderschap	2
Veiligheid verliezen	2
Familieproblemen	1
Isolatie/eenzaamheid	1
Psychose/hallucinaties/stemmen	1
Schaamte	1

Vertrouwen verliezen	1
Werk	1
Totaal	**29**

Tabel 3.3.5
Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Spanning in lijf	2
Darmklachten	1
Ontstekingen/infecties	1
Psychosomatisch	1
Totaal	**5**

Tabel 3.3.6
Behandeling

Code	Aantal
GGZ	6
Financiering	5
Classificaties/diagnoses	4
Eigen regiebehandelaar zijn	4
FACT team	4
Lichaamsgericht	4
Preventieve interventie	4
Traumabehandeling	4
Alternatieve zorg/hulpmiddelen	3
Ambulant	3
Maatwerk/passend	3
Opname/kliniek	3
Fysiotherapie	2
POH	2
Wisselingen/doorverwezen	2
EMDR	1
Expertise	1
Huisarts	1
Lotgenoten	1

Medicatie	1
Verslavingszorg	1
Wachtlijsten	1
Totaal	**60**

Tabel 3.3.7

Nazorg & Periodieke check-ups

Code	Aantal
Duur en frequentie check-ups	16
Overgang na behandeling/in de steek of losgelaten	13
Terug bij dezelfde organisatie of hulpverlener/wachtlijst	11
Erkenning/gezien of gehoord voelen	9
Multidisciplinair	8
Opnieuw hulp nodig	8
Uitvoerder check-up	7
Aanbieden	6
Formele check-up	6
Geen huidige check-up	6
Geen nazorg gehad	6
Geruststelling slachtoffer	6
Praktische hulp	6
Ambulante nazorg	5
Bereikbaarheid	5
Preventief/geen nieuw traject nodig	5
Dossier open laten staan/beschikking/financiering nazorg	4
Hoeveelheid nazorg	4
Informele check-up (chat/bellen)	4
Kosten/financiering check-up	4
Zelfstandig oefenen	4
Overblijvende klachten	3
Vrijwillig	3
Overgang 18-/+	2
Wat meten/monitoren	2
AVG/privacywetgeving	1
Beschermende factoren versterken	1

Medische check-up	1
Totaal	**156**

Bijlage 23 - Topiclist focusgroep 4

Topiclist voor de focusgroep met ervaringsdeskundigen over de periodieke check-ups na seksuele uitbuiting en seksueel misbruik

Agenda 09-02-2026 (maandag)

- 10 min. (13:30-13:40): Introductie
- 20 min. (13:40-14:00): Bewezen niet effectieve behandelingen
- 20 min. (14:00-14:20): Integraal behandelen: fysieke en psychosociale gevolgen
- 15 min. (14:20-14:35): Mogelijke negatieve effecten periodieke check-ups
- 15 min. (14:35-14:50): Laagdrempeligere vormen van periodieke check-ups
- 10 min. (14:50-15:00): Afsluiting

Introductie

- Welkom
- Bedanken voor komst
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen (gespreksleider en kinder- en jeugdpsychiater: naam, functie)
- Doel focusgroep (moties, VWS, onderwerp)
- Duur (1,5 uur)
- Geen pauze gepland, maar indien gewenst mogelijk
- Opname voor verslag (start opname)
- Anoniem verwerkt
- Gespreksafspraken
    - Alle ervaringen zijn belangrijk
    - Er is geen goed of fout, jullie hoeven het niet altijd eens te zijn
    - Laat elkaar uitpraten, maar vul elkaar wel aan
- Indien nieuwe deelnemers: Voorstellen deelnemers (naam, voornaamwoord, leeftijd, reden deelname)
- Zijn er nog vragen voordat we beginnen?

Vragen

Bewezen niet effectieve behandelingen

- Welke behandelingen zijn bewezen niet effectief?
- Naast elementen, echt behandelingen navragen
- Vraag ook naar in de kindertijd

Integraal behandelen: fysieke en psychosociale gevolgen

- Zou het wenselijk zijn om dit gezamenlijk te behandelen
- Waarom wordt het wel of niet gedaan?
- Zou dit mogelijk effectiever zijn of niet?
- Wordt er in behandelen psychische gevolgen wel verwezen of begeleid naar fysieke behandeling?
- Effectiviteit en efficiëntie

Mogelijke negatieve effecten periodieke check-ups

- Welke ongewenste effecten of nadelige gevolgen kunnen periodieke check-ups hebben?
- Zijn er ervaringsdeskundigen die het triggerend vinden als er opnieuw contact wordt opgenomen, zelf regie willen houden wanneer er zorg komt

Laagdrempeligere vormen van periodieke check-ups

- Check mogelijkheid meerwaarde laagdrempeligere vorm
- Wie zou de check-up moeten geven (om effectief te zijn) is dit de behandelaar of kan dit ook laagdrempeliger worden belegd bijvoorbeeld een wijkteam of andere (ervaringsdeskundige) organisatie?

Zijn er nog dingen die we niet besproken hebben?

Afsluiting

- Laatste vragen/opmerkingen?
- Uitleg vervolg (verslag anoniem, feedback op geven, als iedereen akkoord is wordt de opname verwijderd)
- Bedanken voor komst
- Vergoeding 100 euro

Bijlage 24 - Verslag focusgroep 4

Verslag van de focusgroepen met ervaringsdeskundigen over de extra vragen van VWS

Maandag 9 februari 2026

Aan deze focusgroep deden vier vrouwelijke en één mannelijke deelnemers mee van gemiddeld 32 jaar (28-36 jaar). Van hen waren vier ervaringsdeskundigen, waarvan vier seksueel misbruik hebben meegemaakt en drie seksuele uitbuiting. Bij alle deelnemers vond het misbruik en/of de uitbuiting offline plaats, en bij twee ook online. Deze gebeurtenissen begonnen gemiddeld op 6-jarige leeftijd (0 tot 9 jaar). Bij alle ervaringsdeskundigen was de pleger een bekende, en bij één ook een onbekende. De professional die deelnam had onder andere de functie (ambulante) hulpverlener. Onderstaand verslag is tot stand gekomen op basis van een, in Atlas.ti thematisch gecodeerd, transcript.

Gevolgen

De deelnemers benadrukken dat de gevolgen die de ervaringsdeskundigen ervaren van het seksueel misbruik en/of seksuele uitbuiting, levenslang zijn, dat het herstel dynamisch is (met terugvallen op bepaalde momenten, e.g., bij het krijgen van kinderen) en dat de gevolgen heel breed zijn. Zo benoemden ze bijvoorbeeld psychosociale gevolgen zoals: financiële gevolgen (e.g., leven van een uitkering), concentratieproblemen, stemmingsklachten, automutilatie, suïcidaliteit, psychoses, verslaving/middelengebruik (o.a. aan medicatie), isolatie/eenzaamheid, loyaliteitsconflict/ambivalentie, verminderd zelfvertrouwen/zelfbeeld, veiligheid en vertrouwen verliezen, altijd alert zijn, maskeren, familieproblemen (e.g., gezinssysteem in de war), relatieproblemen, en verkeerde vrienden en relaties. Genoemde lichamelijke gevolgen zijn: rugpijn, nierpijn, ontstekingen of infecties (e.g., blaasontsteking), klachten aan de geslachtsdelen, bekkenklachten, psychosomatische klachten, en spanning in het lijf. Deze gevolgen werden ook deels genoemd in relatie tot ineffectieve aanpakken. Om te zorgen dat deze gevolgen snel gesignaleerd kunnen worden en behandeling gestart kan worden is het volgens de deelnemers van belang dat hulpverleners basiskennis hebben over seksueel geweld.

"Ik heb heel veel zelfmoordgedachtes gehad en zelfbeschadiging in allerlei soorten en vormen: drank, drugs, verkeerde vrienden, verkeerde relaties en nog meer. Ik had gewoon een heel slecht zelfbeeld. […] Je zoekt het bij jezelf. Ze leggen je niet uit hoe het wel moet qua relaties, of wat gezond zou zijn. Dus dat kun je ook niet meenemen in je herstel. […] Ik voelde me eigenlijk nooit echt veilig. Ik was altijd heel alert. Ik vertrouwde niemand. Het was ook wel een beetje zelfsabotage, dat je niet in jezelf gelooft wat ook een effect heeft op hoe je je leven leeft. Ik denk dat ik heel lang in een overlevingsmodus heb geleefd."

"Ik vind eigenlijk dat alle hulpverlenende rollen basiskennis moeten hebben van seksuele uitbuiting. […] Ik weet dat ik in het begin van mijn dertien jaar ervaring nog niet alles kon oppikken hoor. Natuurlijk doet ervaring ook veel, maar als je geen basiskennis hebt, dan kan je bepaalde dingen gewoon niet zien."

Behandeling: niet effectieve aanpak

De deelnemers benadrukken dat een gebrek aan expertise, maatwerk en inspraak/regie niet effectief of zelfs schadelijk kan zijn. Wat een slachtoffer nodig heeft kan verschillen van persoon tot persoon. Voldoende kennis hebben zou het herstelproces kunnen versnellen en daardoor kosten besparen.

"Ik denk dat we nooit voor een standaard behandeling moeten gaan. Ik denk dat we in Nederland dat heel mooi hebben bedacht met dat iedereen maatwerk nodig heeft. Rondom dit onderwerp zou ik het wenselijk vinden dat degene die aan de gang gaat met een slachtoffer, ook kennis heeft van seksuele uitbuiting. […] Mijn ervaring, met de meiden waar ik mee heb gewerkt, is dat als iemand dat niet heeft het langer duurt voordat ze zich open durven te stellen, omdat ze toch voelen dat de ander het niet begrijpt. Je hoeft een ander niet altijd te begrijpen, maar je hebt een bepaalde klik nodig. […] Behandelaren die iets van kennis hebben, dat zou mijn wens zijn, want dan ga je hopelijk sneller door het herstelproces. […] Als je iemand minder lang in behandeling hebt, kost het ook de Nederlandse maatschappij minder geld. […] Verder denk ik als iemand honderd jaar behandeling nodig heeft, dan moeten we dat ook echt bieden."

Wanneer er in een behandeling geen regie bij het slachtoffer wordt gelegd is de kans volgens deelnemers groter dat deze niet aanslaat. Dit heeft te maken met dat slachtoffers ten tijde van het seksueel geweld al geen controle of inspraak hadden, en het niet mogen meebeslissen in een behandeling daar dus aan raakt.

"Iemand heeft al zo lang over jou bepaald. Wanneer mag je voor jezelf gaan bepalen? Misschien moet iemand dat nog leren, maar laat het begin zijn in een professionele setting."

"Bij de GGZ moest ik terug naar het moment gaan, alles inbeelden en erover praten. Het inbeelden, het teruggaan naar het moment, was niet zo heel erg, maar erover praten was heel lastig voor mij. Toen ik dat aangaf is er heel snel over mij geoordeeld dat dat de behandeling niet zou werken en dat ik moest uitwijken naar medicatie. […] Vervolgens heb ik particulier een psycholoog kunnen vinden die IEMT-Therapie uitvoert, waarbij je dus niet hoeft te praten. Daar heb ik drie of vier sessies gehad, heb ik een hele grote sprong gemaakt in mijn herstel en heb ik het een plekje kunnen geven."

Daarnaast is het volgens de deelnemers niet effectief om te lang te stabiliseren (alvorens aan traumaverwerking te beginnen) of juist te snel te behandelen. Het moment en de snelheid van de behandelingen moet dus met en op het slachtoffer worden afgestemd; het slachtoffer moet hierin een stuk regie krijgen. Het te snel beginnen aan traumaverwerking kan een slachtoffer namelijk instabieler maken, maar het te lang uitstellen van een behandeling gericht op traumaverwerking kan leiden tot een negatiever zelfbeeld (e.g., zich een mislukking voelen).

"Ik heb heel veel schade opgelopen tijdens een opname met behandelingen van acht dagen waarin je heel snel exposure en EMDR kreeg. Dus ik vind het heel dubbel, want ik snap dat je niet altijd moet wachten totdat iemand stabiel is, maar bij mij heeft dit het echt instabieler gemaakt. […] Ik voelde me nog helemaal niet veilig in mezelf. Ik wist helemaal niet hoe ik überhaupt veiligheid kon voelen. Dus die EMDR en exposure waren echt mega overwhelming en gaven me alleen maar meer gevoel van onveiligheid en hertraumatisering. […] Ik vind het wel dubbel, want de trauma behandeling kan er ook voor zorgen dat je je veiliger in jezelf voelt. Dus ik denk dat dat heel erg per persoon verschilt."

"Voor mij was het stabiliseren schadelijk, omdat ik daar jaren over gedaan heb, uiteindelijk het nooit goed genoeg was en ik dus nooit in de verwerkingsfase kwam. Terwijl ik denk dat er echt wel verwerking mogelijk was, maar dat ik daar wat anders voor nodig had dan de standaard aanpak. […] Die stabilisatie klinkt als een voorfase, maar ik heb drie jaar intern gezeten om te stabiliseren, dus dan heb je het echt wel over een serieuze opname die maar niet werkte. […] Uiteindelijk was ik daardoor uitbehandeld en dat maakte dat ik het niet meer zag zitten. […] Voor mij waren die snelle traumabehandelingen heel helpend, omdat ik eindelijk het gevoel had dat ik serieus genomen werd en er naar mijn eigen regie werd geluisterd. Zij zeiden 'Als jij dat denkt dat je dat aankan, dan gaan we dat doen.'. Dus voor mij was het juist een verademing dat er eindelijk iemand het aandurfde om gewoon in het diepe te springen en het samen te doen."

"Ik vind een stukje eigen regie ook heel belangrijk. Soms kunnen slachtoffers dat niet goed genoeg inschatten en soms kunnen ze dat hartstikke goed inschatten. Dat andere mensen over jouw leven bepalen is al heel veel gebeurd. Dat dan andere mensen vinden dat je er nog niet aan toe bent… Ik denk, jij weet zelf als best of je dit er nu wel of niet bij kunt hebben. Soms kan je een verkeerde inschatting maken, dat klopt, en soms kunnen professionals dat mee besluiten. […] Maar als een slachtoffer denkt 'Begin gewoon', dan denk ik begin gewoon en kijk dan wat het dan het resultaat is. Waarom die extra jaren van haar leven nog meer afnemen?"

"Iemand gaat hulp zoeken omdat hij onstabiliteit ervaart en dan verwacht je van diegene dat hij stabiel moet zijn om behandeld te kunnen worden. Ik snap dat niet. […] Dat doet ook iets met jezelf. Dan voelde het weer alsof ik een mislukking was, dat ik zelfs niet in behandeling kom."

Verder kunnen te individualistische behandelingen niet effectief zijn. Als een behandeling niet op het (gezins)systeem en de relaties van het slachtoffer gericht is, kan dit ook leiden tot een negatiever zelfbeeld (e.g., zich een probleemgeval voelen) gevoelens van eenzaamheid, en het uitblijven van een verbetering in klachten doordat een slachtoffer terug moet naar een onveranderde context.

"Toen ik als kind in de GGZ belandde, was het heel individualistisch. Ik heb daar een systeembenadering echt gemist. Ik kwam daar met mijn concentratieproblemen, depressie, etc. bij de GGZ en ze hebben mijn ouders wel eens gesproken, maar dat was: 'Hoe gaat het met [Naam]?'. Dus ik was het probleemgeval, terwijl er helemaal niet naar de context werd gekeken. […] Daardoor dacht ik dan ligt het aan mij, ik was het probleem. Dus toen ging ik mezelf ook nog meer zo zien en me nog eenzamer voelen. Want ik dacht daar hulp te krijgen, maar het ging niet beter, want de context werd niet veranderd. […] Hoe ga je om met relaties nu, of met je gezinssysteem die helemaal door de war is?."

"Toen ik seksueel misbruikt werd door mijn vader, was er weinig aandacht voor mij van de hulpverleners, want alle aandacht ging naar mijn broer toe. Er kwamen professionals over de vloer, maar niemand had door wat er thuis afspeelde. […] Wat ik ook gemist heb is dat je gaat leren hoe je een gezonde relatie kan aangaan, omdat dat helemaal verstoord is. […] Je moet niet alleen maar kijken naar de redenen voor aanmelding, maar ook naar het complete plaatje."

Ook het vaak moeten wisselen van behandelaar was voor sommige deelnemers niet effectief, omdat ze tijd nodig hadden om een vertrouwensband op te bouwen. Dit terwijl het voor anderen wel effectief was om geen hechte band te hebben vanwege het misbruik door een hechtingsfiguur.

"De GGZ was heel lang van mening dat je maximaal driekwart jaar tot één jaar dezelfde behandelaar mag hebben, omdat je je anders te veel hecht. Maar ik begon me na een jaar een heel klein beetje veilig te voelen. Dus ik vind het echt zonde dat er met dit perspectief wordt gekeken, dat je maar niet afhankelijk wordt van je therapeut. Terwijl het juist ook heel erg kan helpen als je wel langer mee kan lopen met dezelfde persoon."

Verder kan een gebrek aan ruimte voor ambivalentie in de behandeling niet effectief zijn. Het kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat een slachtoffer minder open wordt. Aandacht voor ambivalentie, bijvoorbeeld in de vorm van psycho-educatie, kan juist helpend zijn.

"Toen ik eenmaal ben gaan praten over het misbruik, heb ik behandelaren gehad die mijn boosheid gingen proberen op te wekken. Tijdens de EMDR zeiden ze 'Wordt maar heel woest en ga maar boos worden." en daar heb ik aandacht gemist voor de complexe ambivalentie die een relatie kan hebben als je seksueel misbruikt wordt. Dat het niet alleen maar een dader is in de bosjes die mij heeft overvallen, maar dat ik ook van hem hield. En daardoor ben ik echt nog een aantal jaren op slot gegaan."

"Slachtoffers moeten de juiste professional tegenover zich krijgen met de juiste kennis. Soms wordt er gezegd dat de pleger slecht is en dat je boos moet zijn, maar soms heb je ook een liefdesrelatie met iemand. Je kan dat in psycho-educatie heel goed en makkelijk visueel uitleggen, waardoor het begrijpelijk wordt voor een slachtoffer dat het oké is om beide gevoelens te hebben."

Voor behandelingen zoals EMDR geldt ook dat de inhoud moet worden afgestemd op het individu. Voor het ene slachtoffer werkt het enkel gebruik van piepjes, terwijl een ander meer nodig heeft om het werkgeheugen te belasten en dus om de behandeling effectief te laten zijn.

"Er zijn EMDR behandelaars die alleen met piepjes werken, dat hielp bij mij echt niet. Later kreeg ik een andere behandeling en daar deden ze veel meer om mijn werkgeheugen te belasten. Daar kwamen veel andere dingen bij met geuren en andere geluiden en dat hielp wel. Dus je moet kijken wat voor diegene aanslaat."

Tot slot zijn medicamenteuze behandelingen voor niet alle slachtoffers effectief (o.a., door een verkeerde diagnose), en kunnen ze er verslaafd aan raken. Daarbij komt dat ook de afbouw van medicijnen niet altijd goed geregeld is.

"Het enige wat ze deden is mij medicatie voorschrijven en proberen mijn gevoelens te dempen, terwijl ik dat helemaal niet nodig had. […] Ik kreeg een super hoge dosering morfine waar ik verslaafd aan ben geraakt, terwijl dit misschien ook op een andere manier opgelost had kunnen worden. […] De GGZ wist ervan af, want je moet altijd je medicatie laten controleren en er staat met koeienletters oxycodon op en bijna honderd milligram per dag. […] Dan zou ik me wel even afvragen wat is er hier aan de hand? Kan het misschien daarmee te maken hebben? Om daarnaast ook nog antipsychotica en normale antidepressiva voor te schrijven. Ik herinner me dat ik gewoon 3,5 tot 4 jaar niet uit bed heb kunnen komen."

"Ik heb verkeerde diagnoses gehad, en daardoor ook ADHD medicatie terwijl ik helemaal geen ADHD heb."

"Eigenlijk kreeg ik al van jongs af aan als eerste medicatie in de GGZ, ook al wilde ik het niet. Dat leek bijna de enige oplossing. […] Eigenlijk is er in de afbouw ook niks geregeld, dus dat vond ik niet helpend."

Behandeling: integrale aanpak psychosociale en fysieke klachten

De deelnemers geven aan dat er behoefte is aan een integrale aanpak van psychosociale en fysieke klachten (e.g., met psycho-educatie), omdat ze verbonden aan elkaar zijn. Momenteel krijgen slachtoffers een dergelijke integrale behandeling vaak niet of zijn de mogelijkheden beperkt.

" Ik heb geen integrale behandeling gehad, maar ik had vorige week wel een positieve ervaring. Ik had een gesprek met een seksuoloog die heel veel wist van trauma en zij kon mij voor het eerst heel veel dingen uitleggen. […] Zij legde mij heel rustig uit: 'Je hebt EMDR gehad, dus je hebt cognitief wel dingen verwerkt, maar als je een sirene hoort dan gaat je hartslag nog steeds omhoog.' Over de klachten die ik beneden heb zei ze: 'Jij kan wel denken dat je daar geen last meer van hebt, maar jouw lichaam gaat misschien wel gelijk reageren.'. Dat hielp mij zo, dat zij uit ging uitleggen dat je daardoor dus fysieke klachten krijgt en wat ik nu zou kunnen doen. Ik heb zo lang moeten zoeken totdat ik eindelijk iemand had die kennis van zaken had en dit aan elkaar kan verbinden. […] Maar dat is dan wel allemaal weer heel erg beperkt, want je mag maximaal drie keer. Terwijl ik eindelijk een fijn iemand heb gevonden."

Dat slachtoffers een dergelijke integrale behandeling vaak niet ontvangen, heeft volgens de deelnemers onder andere te maken met dat lichamelijke signalen van seksueel geweld vaak gemist worden of dat klachten gebagatelliseerd worden.

"Met de juiste kennis zou je ook lichamelijke signalen moeten oppikken, die te herleiden zijn naar het trauma wat is overkomen. Maar het wordt ook echt heel erg vaak gemist. Dan komen mensen met een blaasontsteking naar de huisarts en dan krijgen sommige meisjes te horen dat ze te dunne kleren aan hebben of op een koude grond hebben gezeten."

Daarnaast zijn de medische zorg (e.g., ziekenhuis of huisarts) en de psychologische zorg (e.g., GGZ) volgens deelnemers niet altijd op de hoogte van elkaars betrokkenheid bij het slachtoffer en verwijzen ze niet altijd door naar elkaar of andere behandelaren, zoals psychosomatisch fysiotherapeuten of psychomotorisch therapeuten. Ook behandelen beide partijen niet altijd de psychosomatische klachten, en is er nog minder bewijs beschikbaar voor de effectiviteit van dergelijke behandelingen waardoor de zorgverzekeraars minder vergoeden. Een integrale behandeling van psychosociale en fysieke klachten zou dus vragen om meer multidisciplinaire samenwerking.

"Naast mijn psychische klachten kreeg ik na een tijdje ook last van mijn nieren. Hiervoor ben ik naar de uroloog gegaan en die hebben me naar drie verschillende ziekenhuizen in Nederland gestuurd om het allemaal uit te laten zoeken, want zij konden niet verklaren waarom ik die pijn had. Maar ze schreven wel dagelijkse morfine. In het derde ziekenhuis vroeg de dokter, na vele onderzoeken, of ik er wel eens over nagedacht had om naar een psycholoog te gaan omdat zij dachten dat er iets van een trauma was waardoor ik deze pijn ervaarde. Zij schrok toen ik zei dat ik al bijna 2,5 tot 3 jaar naar de GGZ ging. Maar de GGZ zei dat mijn leven nog niet stabiel genoeg was om met een behandeling te kunnen beginnen. […] Na mijn behandelingen is de pijn aan mijn nieren ook overgegaan."

"Ik vind het heel belangrijk dat er veel meer lichaamsgericht gewerkt wordt in de GGZ. Bij de GGZ hebben ze bijvoorbeeld ook een psychosomatisch fysiotherapeut in dienst en dat werkt voor mij echt fantastisch. Maar nu

zijn ze dus door de zorgverzekering op de vingers getikt dat ze te weinig behandeluren maken met psychologen, en te veel beeldend, PMT en fysio doen. […] Terwijl ik heel vel vooruit ga, en misschien straks ook weer iets voor de maatschappij kan terugdoen in kosten, dan denk ik dat het juist heel waardevol is. Maar dat wordt een soort van gemist, omdat het in de wetenschap nog minder bewezen effectief is. […] Ik had heel lang fysieke klachten, maar dan zei de psycholoog dat dat misschien wel door stress komt, maar zei vervolgens niet wat ik met die stress kon. Ik denk ook omdat behandelaren daar vaak helemaal niet voor opgeleid zijn. Dan heb je bijvoorbeeld een psychosomatisch fysiotherapeut of PMT'er nodig. In het begin werd ik daar helemaal niet naar doorverwezen. Op een gegeven moment had ik zoveel fysieke pijn dat ik zelf naar de huisarts en het ziekenhuis ben geweest, maar dan wordt er weer gezegd dat het stress is en nog steeds niet hoe ik daarmee kan omgaan. Het heeft jaren geduurd voordat ik bij iemand kwam die daarmee kon helpen."

Periodieke check-ups: Ongewenste negatieve effecten

Of een periodieke check-up ongewenste gevolgen kan hebben hangt volgens de deelnemers onder andere af van de manier waarop de check-up wordt aangeboden. Zo zou een fysieke vorm (e.g., brief) triggerend kunnen zijn, waar een digitale vorm (e.g., bellen) dat niet zou zijn. Mocht het aanbod van een periodieke check-up triggerend zijn, dan kan dat ook duiden op de noodzaak voor aanvullende hulp.

"Het kan erg moeilijk zijn om hulp te vragen. Ik zou een check-up niet per se triggerend vinden, maar het ligt heel erg aan de manier waarop het aangeboden wordt. Ik zou bijvoorbeeld een brief echt heel raar vinden, ook omdat mijn enveloppen wel eens geopend zijn door de postbezorger. Dat voelt voor mij heel erg intiem, alsof iemand dat zo kan lezen. Dus voor mij zou het sowieso digitaal moeten, anders zou ik het triggerend vinden. En misschien eerst met de van vraag of je hier behoefte aan hebt, dat je alleen al ja of nee kan zeggen en dat dan pas de volgende vragen komen, telefonisch."

"Iedereen kan getriggerd blijven worden. Ik denk dat dat nooit helemaal weggaat. Als het goed is zal je, wanneer je behandeling afsluit, voldoende tools en tips moeten hebben om met de trigger om te kunnen gaan. Als dat niet zo is heb ik meteen een aanrakingspunt om te vragen of ze nog iets nodig hebben."

Ondanks dat het fijn kan zijn dat de periodieke check-up aangeboden wordt aangezien het lastig kan zijn om zelf hulp te vragen, moet de check-up vrijwillig blijven. Dit omdat slachtoffers het anders zien als een 'moetje' waar ze zo snel mogelijk doorheen willen, en dan zullen ze eerder hun klachten gaan maskeren. Om dit te voorkomen moet de regie dus bij het slachtoffer blijven.

"Het is heel goed als je altijd laagdrempelig contact kan opnemen, en dat de vraag ook vanuit de andere kant kan komen, zonder dat je zelf weer om hulp moet vragen. Voor mij persoonlijk is het een van de moeilijkste dingen om toe te geven, dat ik misschien toch nog hulp ergens bij nodig heb. […] Maar je moet er zelf wel regie over kunnen hebben."

"Sommige mensen kunnen heel goed doen alsof alles goed gaat, en dat is misschien ook een soort coping stijl. Die had ik zelf ook, om eigenlijk zo snel mogelijk door dat moment heen te gaan en niet te hoeven praten over mezelf. […] Leg echt goed uit wat regie is. Voor iemand die in herstel is en die mogelijk de regie is kwijtgeraakt of nooit heeft kunnen ervaren, is onduidelijk wat dat is, hoe je dat ervaart en hoe dat kan voelen. […] Sinds mijn jeugd heb ik die autonomie en het gevoel van regie niet had. Dat waren allemaal dingen die ik later zelf

moest bijleren en psycho-educatie heeft daar heel veel aan bijgedragen."

Om te voorkomen dat slachtoffers in het verleden blijven hangen is het belangrijk dat het verhaal niet steeds opnieuw verteld hoeft te worden, maar dat er juist ook vooruit gekeken wordt naar hoe met de huidige klachten om te gaan.

"Het is belangrijk dat je niet continu je verhaal moet vertellen, opnieuw en opnieuw. […] Als je te veel in het verleden blijft hangen, dan kom je niet vooruit. Het gaat ook om nu; hoe kan ik er nu voor zorgen dat mijn leven weer stabiel wordt of draaglijker wordt?"

Periodieke check-ups: Laagdrempeligere uitvoerder

De belangrijkste eigenschap van de uitvoerder van de periodieke check-ups is volgens de deelnemers expertise op het gebied van seksueel geweld. Zonder de juiste kennis is de kans groot dat klachten over het hoofd worden gezien en niet begrepen worden, en er dus voorbij gegaan wordt aan het doel van de periodieke check-up.

"Ik weet niet of ik achter een laagdrempeligere uitvoerder sta. Bijvoorbeeld bij het wijkteam is de expertise niet, en dan gaan we dus hetzelfde gedoe krijgen. Ik wil dat als iemand belt, dat ik weet dat als ik nu iets zeg dat het niet gek gevonden wordt. Dus dan denk ik dat het wijkteam voor mij niet heel helpend zou zijn."

"Ja, daar sluit ik sluit me ook bij aan. Het Centrum Seksueel Geweld staat bij mij dan veel hoger in het vaandel dan een wijkteam of een huisarts."

Daarnaast is het belangrijk dat er één aanspreekpunt is met een voorspelbare uitvoering (o.a., goede bereikbaarheid), zodat de periodieke check-up houvast kan bieden. Het gaat erom dat je een laagdrempelige ingang hebt, waarbij je niet een heel nieuw traject hoeft te starten (en dus via de huisarts weer op de wachtlijst zou moeten). In het meest gunstige scenario zou dat je behandelaar zijn met wie je al bekend bent, zodat slachtoffers open durven zijn, maar het zou ook een ander centraal aanspreekpunt kunnen zijn mits er een warme overdracht en klik is. Het draait namelijk vooral om het gevoel van gehoord worden, gezien worden en houvast. Een centraal aanspreekpunt met als hoofdtaak periodieke check-ups zou hopelijk voor betere en consistentere beschikbaarheid kunnen zorgen dan behandelaars dat momenteel kunnen.

"Ik denk dat de check-up niet door een onbekend iemand uitgevoerd kan worden. […] Want diegene kent je niet. Dus het zou fijn zijn als dat iemand is uit jouw behandelingstraject, of iemand die indirect betrokken is, waar je een fijne klik mee had. […] Anders ga je echt niks vertellen. […] Als een random iemand zou bellen en zou vragen hoe het met je gaat, dan zou ik altijd zeggen 'Gaat goed'. […] Ik vraag me af of een globale organisatie dan de juiste organisatie is. […] Ergens hoop je dat we als professional jou voldoende sterk hebben gemaakt om toch ook weer aan de bel durven te trekken. Dat als je na een aantal check-ups, drie of vier keer, in het vijfde of zesde jaar kinderen krijgt, dan hoop ik dat we in die tijd jou voldoende hebben mogen leren en samen met jou hebben mogen doen dat jij dan even aan de bel trekt, zodat anderen meteen weten dat ze over een paar maanden even checken, want ja zwanger en een nieuwe levensfase."

"Ik zie het praktisch niet voor me dat mijn behandelaar mijn hele leven nog die check-ups kan blijven doen. Daarom dacht ik meer dat het Centrum Seksueel Geweld bijvoorbeeld een soort sub-organisatie heeft die de check-ups op zich neemt. Maar dat er wel een warme overdracht is van degene waar je dan afsluit."

"Het CSG heeft zestien locaties, dus ze zitten echt wel over het hele land verspreid. Als zo'n organisatie de periodieke check-up als subonderdeel zou opnemen, zou ik daar geen moeite mee hebben. Van gewone organisaties kan je niet verwachten dat je altijd een lijntje blijft houden, ook al zou dat wel in de ideale wereld zijn, denk ik niet dat het praktisch haalbaar is. […] Het gaat om support of steun. Ik vind het behoorlijk pittig om te leven op deze manier en ik zal mijn leven lang de gevolgen dragen. […] Het is fijn als er dus af en toe iemand belt om te vragen of je het nog redt en of je nog iets nodig hebt. Dat geeft het gevoel dat je ertoe doet. En tuurlijk heb ik wel mensen om me heen, en dat is het allerbelangrijkste, maar die hebben allemaal hun eigen leven. Een check-up zou voor mij wel heel steunend zijn. Zeker als je makkelijker op de juiste plek terechtkomt. […] Centrum Seksueel Geweld heeft zo ongeveer alles in dienst, van slachtofferhulp tot seksuologen. […] Dat je belt en dan niet per se een heel traject moet starten, maar soms alleen even ergens over spuien of even meedenken. Dat kan al genoeg zijn om zelf weer verder te gaan. […] Het [een informele check-up] creëert ook onzekerheid, omdat sommige mensen dat wel doen, maar de ander niet. […] Je hebt juist behoefte aan houvast en dat je zeker weet dat je daar altijd op kan terugvallen."

In zowel de behandeling, als de uitvoering van periodieke check-ups zouden ervaringsdeskundigen betrokken kunnen worden (om de ervaring bijvoorbeeld minder triggerend en meer empowerend te maken). Dit is wel mits zij zelf hun eigen ervaring verwerkt hebben (zodat ze andere slachtoffers niet belasten), geregistreerd (i.e., opgeleid/getraind) zijn én er een professional bij is. Echter zou een groep ervaringsdeskundigen of lotgenoten voor sommige slachtoffers een te hoge drempel kunnen vormen.

"Wat bij mij hielp is dat ik naar zelfhulpgroepen/lotgenotengroepen ging, waarbij je samen ervaringen kunt delen, maar niet specifiek hoeft uit te leggen hoe het allemaal is gebeurd. Dat je je empowered voelt in een zelfhulpgroep, omdat je weet waar je allemaal doorheen bent gegaan en dat er overeenkomsten zijn. Er moet natuurlijk wel een professional bij zitten die hier verstand van heeft. […] Dat er bijvoorbeeld een online meeting groep is voor degenen die niet fysiek willen komen, die zich daar niet klaar voor voelen, en dat er een rondje wordt gedaan met de vraag hoe het met jou gaat sinds de laatste keer. […] Daarbij misschien ook psycho-educatie over het verwerken en de fases van herstel. Dat het niet verkeerd hoeft te zijn als je in één keer van fase vier naar twee terugvalt, maar dat dat erbij hoort. […] De professional bewaakt de orde, dat iemand niet te veel getriggerd word of juist meer ruimte nodig heeft, maar de groep stuurt alles zelf."

"Ik vraag me af of met groepen ervaringsdeskundigen misschien ook niet een te hoge drempel kan zijn. […] Als je meteen een goede ervaring hebt, dan is het de volgende keer misschien minder moeilijk, maar misschien heb je minder goede ervaringen. […] Ervaringsdeskundigen moeten hun herstelproces hebben doorlopen voordat zij als ook professional-ervaringsdeskundigen aan de slag kunnen. […] Dat kan door middel van een opleiding of behandeling zijn."

Vervolgonderzoek

De deelnemers benadrukken het belang van het betrekken van ervaringsdeskundigen bij de concrete vormgeving van periodieke check-ups. Ook is er meer onderzoek nodig naar de integrale behandeling van psychosociale en fysieke gevolgen.

Codering 4

Tabel 4.1

Kenmerken van slachtoffers

Code	Aantal
Duur slachtofferschap/sinds onthulling/disclosure	1
Leeftijd/ontwikkelingsfase	1
Totaal	**2**

Tabel 4.2

Kenmerken van de uitbuiting/het misbruik

Code	Aantal
Type gebeurtenis	2
Pleger	1
Totaal	**3**

Tabel 4.3

Gevolgen algemeen

Code	Aantal
Moment/vertraging/duur gevolgen	4
Totaal	**4**

Tabel 4.4

Psychosociale gevolgen

Code	Aantal
Loyaliteitsconflict/ambivalentie	3
Verslaving/middelengebruik	3
Zelfvertrouwen/zelfbeeld	3
Relaties	2
Veiligheid verliezen	2
Automutilatie	1
Concentratieproblemen	1
Familieproblemen	1
Financiën	1
Isolatie/eenzaamheid	1
Maskeren	1
Psychose/hallucinaties/stemmen	1

Stemmingsklachten	1
Suïcidaliteit	1
Vertrouwen verliezen	1
Vrienden	1
Totaal	**24**

Tabel 4.5

Lichamelijke gevolgen

Code	Aantal
Bijwerkingen medicatie	2
Psychosomatisch	2
Rugpijn	2
Spanning in lijf	2
Bekkenpijn/spanning	1
Geslachtsdelen klachten	1
Nierpijn	1
Ontstekingen/infecties	1
Totaal	**12**

Tabel 4.6

Behandeling

Code	Aantal
Classificaties/diagnoses	1
Eigen regiebehandelaar zijn	1
EMDR	5
Expertise	6
Exposure	1
Financiering	2
Fysiotherapie	2
Gefaseerde aanpak	1
GGZ	7
Gynaecoloog	1
Huisarts	4
IEMT (Integral Eye Movement Therapy)	1
Inspraak	3

Integraal lichamelijk/psychosociaal	1
Lichaamsgericht	6
Lotgenoten/ervaringsdeskundigen	6
Maatwerk/passend	3
Medicatie	6
Moment/snelheid	2
Niet oordelen	1
Ontspannings-/ademhalingsoefeningen	1
Opname/kliniek	1
PMT	2
Psycho-educatie	3
Psycholoog/psychiater	4
Raampje (Window of Tolerance)	1
Samenwerking	1
Seksuoloog	2
Serieus genomen/erkenning/gezien/gehoord	2
Stabilisatie	3
Systeemgericht	2
Wachtlijsten	1
Werkrelatie	4
Ziekenhuis	2
Totaal	**89**