



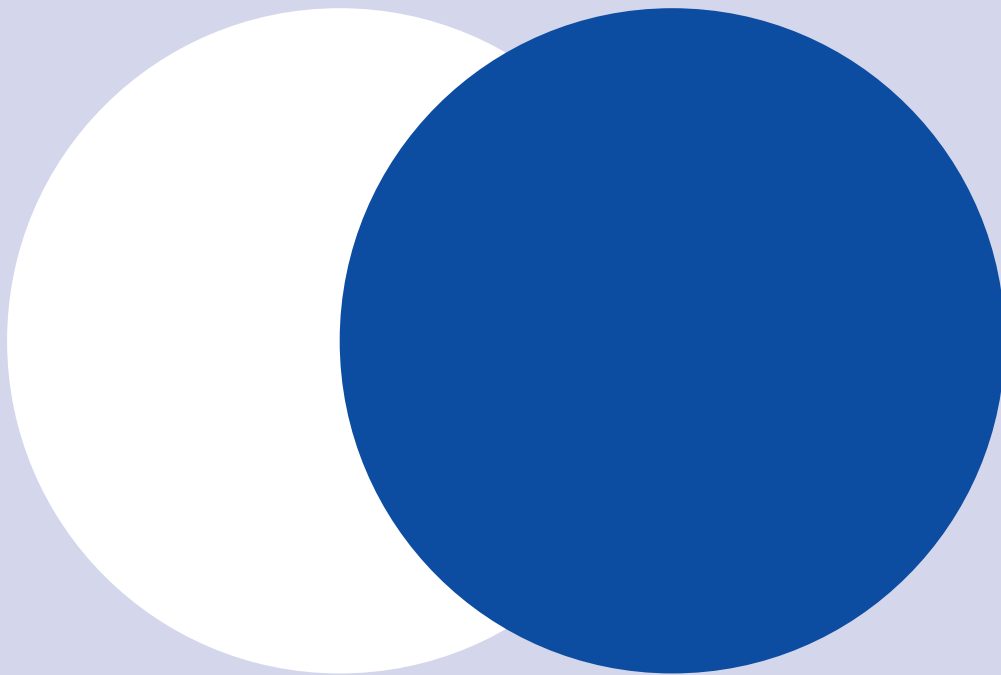
GGD
Amsterdam



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

De Amsterdamse zedenzaak

Resultaten uit wetenschappelijk onderzoek (2013-2018)



Inhoud

Samenvatting	4
De Amsterdamse zedenzaak	6
Het wetenschappelijk onderzoek	7
Wie doen er mee aan het onderzoek?	12
Resultaten uit kwantitatief onderzoek	15
Hoe gaat het met de kinderen?	16
Hoe gaat het met de ouders?	20
Resultaten uit kwalitatief onderzoek	23
De eerste periode na de bekendmaking	24
Impact van de media-aandacht	26
Ervaringen met de crisishulpverlening	28
Conclusies en aanbevelingen	31
Index	38
Verantwoording meetinstrumenten	39
Referenties	42
Colofon	44

Dit rapport is bedoeld voor professionals die te maken kunnen hebben met kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt en hun ouders. Denk aan zorgmedewerkers, (zeden)politie, onderzoekers en beleidsmakers.

Samenvatting

De Amsterdamse zedenzaak kwam eind 2010 aan het licht. Een groot aantal baby's en peuters bleek seksueel te zijn misbruikt door een mannelijke medewerker van verschillende kinderdagverblijven in Amsterdam. Vanwege de jonge leeftijd kunnen de meeste kinderen zich het misbruik niet bewust herinneren. Dit riep veel vragen op over wat de kinderen op korte en lange termijn zullen merken van wat hen is overkomen en hoe de ouders op een goede manier opgevangen en begeleid kunnen worden. De wetenschappelijke literatuur hierover is beperkt en met name gericht op kinderen die misbruikt zijn op een leeftijd van 7 jaar of ouder en zich het misbruik wel kunnen herinneren. Het huidige onderzoek draagt bij aan het ontwikkelen van meer kennis over de opvang, begeleiding en korte- en lange termijn gevolgen voor kinderen die op zeer jonge leeftijd seksueel zijn misbruikt en hun ouders.

Het onderzoek is verdeeld in twee deelonderzoeken, te weten een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek. Het kwantitatieve deelonderzoek is gericht op het in kaart brengen van de korte- en lange termijn gevolgen van het misbruik voor zowel de kinderen als de ouders. Het omvat jaarlijkse meetmomenten met ouders en kinderen en is gestart in 2013. Het kwalitatieve deelonderzoek is gericht op de ervaringen van ouders en professionals en de geleerde lessen omtrent de crisisorganisatie, de hulpverlening, de juridische procedures en de media-aandacht rondom de zedenzaak. Dit deelonderzoek omvat diepte-interviews en focusgroepen. De resultaten, conclusies en aanbevelingen in dit rapport zijn gebaseerd op de rapportages van ouders. De zelfrapportage van de kinderen en/of de rapportage van professionals betrokken bij de zedenzaak is in dit rapport niet meegenomen.

De resultaten van het kwantitatieve deelonderzoek laten zien dat het misbruik bij deze zeer jonge kinderen op korte- en lange termijn minder vaak lijkt te resulteren in klassieke klachten zoals posttraumatische stressreacties en dissociatie, maar des te meer in atypische klachten zoals internaliserende en externaliserende problemen, onveilig gehechtheidsgedrag en seksueel afwijkend gedrag. Over de jaren heen fluctueert het beloop van deze atypische klachten per individueel kind, maar op groepsniveau is een daling van deze klachten zichtbaar. Een grote meerderheid van de kinderen heeft bovendien één of meer vormen van psychische zorg ontvangen in de jaren na de bekendmaking. Dit heeft mogelijk bijgedragen aan de daling van de genoemde atypische klachten. In tegenstelling tot de kinderen ervaren ouders op korte- en lange termijn wel posttraumatische stressreacties. Over de jaren heen fluctueert het beloop van de posttraumatische stressreacties per individuele ouder. Ook op groepsniveau is er geen dalende of stijgende trend

zichtbaar van deze klachten. Naast posttraumatische stressreacties ervaren ouders ook emotionele reacties gericht op het seksueel misbruik van hun kind(eren), zoals verdriet, boosheid, schaamte en schuld. Anders dan de posttraumatische stressreacties nemen emotionele reacties op groepsniveau over de jaren heen wel af. Een groot deel van de deelnemende ouders en hun partner heeft één of meer vormen van psychische zorg ontvangen in de jaren na de bekendmaking. Ondanks deze psychische zorg blijft het percentage ouders dat posttraumatische stressreacties ervaart ook vele jaren na de bekendmaking van het misbruik vrij hoog.

De resultaten van het kwalitatieve deelonderzoek met ouders laten zien dat de eerste periode na de bekendmaking van de zedenzaak emotioneel heftig en turbulent was voor ouders. De bekendmaking van het seksueel misbruik veroorzaakte een emotionele crisis voor ouders die enkele weken tot maanden duurde en waarin ze in shock verkeerden. Ouders ervoeren in deze periode uiteenlopende emotionele reacties: sommigen voelden zich overspoeld door emoties, terwijl anderen juist emotioneel verdoofd waren en/of fysieke reacties ervoeren. De shock, onzekerheid en overlevingsmodus waarin ouders door het nieuws verkeerden, zorgden ervoor dat zij niet optimaal konden functioneren, terwijl er tegelijkertijd wel hele belangrijke beslissingen genomen moesten worden. Door de omvang van de zaak kwam er ontzettend veel media-aandacht bij kijken. Sommige ouders zagen deze media-aandacht als een last, voelden zich kwetsbaar en ervoeren hierdoor nog meer stress. Andere ouders voelden zich gesteund in hun verdriet en erkend als slachtoffer vanwege de uitgebreide aandacht in de media. De manier waarop crisishulpverlening is georganiseerd blijkt van grote invloed op de ervaringen van ouders. Ouders uitten zowel positieve als negatieve ervaringen met professionals en de manier waarop de crisishulpverlening was georganiseerd. Om meer grip te krijgen op de situatie hadden ouders na de bekendmaking behoefte aan steun, informatie en expertise van professionals. Ouders wilden worden geraadpleegd over besluiten, worden geïnformeerd over het proces en beleid en als eerste op de hoogte worden gehouden van nieuwe ontwikkelingen in de zaak. Over het algemeen voelden ouders zich goed ondersteund gedurende de crisishulpverlening. Toch bleek dat ouders van kinderen bij wie het misbruik niet werd bewezen onvoldoende in hun behoefte werden voorzien. Voor hen voelde de crisishulpverlening minder toegankelijk door de focus op bewezen zaken.

Op basis van de resultaten zijn in dit rapport aanbevelingen opgenomen voor professionals die te maken kunnen hebben met kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt en hun ouders.

De Amsterdamse zedenzaak

In december 2010 werd Nederland opgeschrikt door een ongekende situatie. Een groot aantal baby's en peuters, waaronder grotendeels jongens, bleek seksueel te zijn misbruikt door een mannelijke medewerker van verschillende kinderdagverblijven in Amsterdam. Deze zaak, bekend als de Amsterdamse zedenzaak, kwam aan het licht nadat er beeldmateriaal van het misbruik was aangetroffen in een onderzoek naar kinderpornografie in de Verenigde Staten. Het misbruik vond plaats op de kinderdagverblijven en bij de kinderen thuis, waar hij als oppas werkte. Bij een deel van de kinderen is beeldmateriaal van het misbruik gemaakt. Dit kinderpornografische beeldmateriaal is via het dark web verspreid.

Na de bekendmaking van deze zedenzaak startte er voor politie, Openbaar Ministerie, gemeente (waaronder GGD), slachtofferhulp en vele hulpverleners een intensieve en omvangrijke inspanning gericht op het informeren van, en zorg bieden aan de betrokken gezinnen. Parallel hieraan vond een grootschalig opsporingsonderzoek plaats.

De hoofdverdachte heeft bekennende verklaringen afgelegd over het misbruik van 87 jonge kinderen. Het Openbaar Ministerie heeft de hoofdverdachte vervolgd voor het seksueel misbruiken van 67 kinderen.

Het wetenschappelijk onderzoek

Seksueel misbruik komt voor in alle landen, alle culturen, alle klassen van de samenleving en op alle leeftijden. Onderzoek laat zien dat wereldwijd 8% tot 31% van de meisjes en 3% tot 17% van de jongens seksueel misbruik meemaakt (Barth, Bermetz, Heim, Trelle & Tonia, 2013). Geschat wordt dat 25% tot 35% van de slachtoffers jonger is dan 7 jaar (Fontanella, Harrington, & Zuravin, 2001). Exacte cijfers zijn moeilijk te bepalen omdat kinderen in veel gevallen niet over het misbruik vertellen of vanwege hun jonge leeftijd nog niet in staat zijn om erover te vertellen.

De Amsterdamse zedenzaak is één van de grootst bewezen zaken waarbij kinderen seksueel zijn misbruikt door één dader. Het grote aantal slachtoffers, grotendeels jongens, hun jonge leeftijd, de hoge bewijslast en de gedetailleerde informatie over het seksueel misbruik zijn uniek.

De slachtoffers in de Amsterdamse zedenzaak betreffen kinderen die als baby of peuter zijn misbruikt. De meeste kinderen kunnen zich het misbruik dan ook niet bewust herinneren. Na de bekendmaking riep dit veel vragen op over wat de kinderen op korte- en lange termijn zullen merken van wat hen is overkomen en hoe de ouders op een goede manier opgevangen en begeleid kunnen worden.

Uit wetenschappelijk onderzoek bij kinderen van 7 jaar en ouder die zich het misbruik veelal wel kunnen herinneren blijkt dat kinderen psychische klachten kunnen ontwikkelen, zoals posttraumatische stressklachten, dissociatieve klachten en gedragsproblemen. De wetenschappelijke literatuur over de gevolgen van seksueel misbruik voor kinderen onder de 7 jaar is echter beperkt. Bovendien is veel onderzoek retrospectief van aard waarbij de slachtoffers op latere leeftijd terugblikken op het misbruik dat zij als kind hebben meegemaakt. Retrospectief onderzoek is over het algemeen minder betrouwbaar dan prospectief onderzoek waarbij je slachtoffers volgt in de tijd om inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen van het misbruik.

Seksueel misbruik heeft ook gevolgen voor de ouders. Ontdekken dat je kind is misbruikt, is één van de ergste gebeurtenissen die je als ouder kunt meemaken. De wetenschappelijke literatuur laat zien dat ouders na de bekendmaking van het seksueel misbruik emotionele en psychische klachten kunnen ontwikkelen, zoals gevoelens van schuld en schaamte

en posttraumatische stressklachten. Daarnaast worden ouders na de bekendmaking geconfronteerd met verschillende stressvolle situaties, zoals juridische procedures en media-aandacht.

Het huidige onderzoek biedt – dankzij de bereidheid van de betrokken ouders en hun kinderen – de mogelijkheid om meer kennis en inzichten te ontwikkelen over de opvang, begeleiding en korte- en lange termijn gevolgen voor kinderen die op zeer jonge leeftijd seksueel zijn misbruikt en hun ouders. Het onderzoek is longitudinaal van opzet, waarbij op prospectieve wijze gegevens worden verzameld. Dit betekent dat de kinderen en hun ouders over een langere periode gevolgd worden om de korte- en langeretermijn-gevolgen van het misbruik in kaart te kunnen brengen. Na de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak is door arts-onderzoeker Thekla Vrolijk-Bosschaart e.a. ook onderzoek gedaan naar de directe signalen van seksueel misbruik bij zeer jonge kinderen. De resultaten van dat onderzoek zijn elders gepubliceerd.

Opzet van het onderzoek

Het huidige onderzoek is verdeeld in twee deelonderzoeken, te weten een kwantitatief onderzoek en een kwalitatief onderzoek. Met kwantitatief onderzoek verkrijgen we inzichten over mensen die in hoeveelheden of cijfers kunnen worden uitgedrukt. Bij kwalitatief onderzoek achterhalen we diepgaande informatie over ervaringen, meningen, en motivaties van mensen. Kwalitatief onderzoek draait om woorden en niet om cijfers.

Kwantitatief deelonderzoek

Het kwantitatieve deelonderzoek is gericht op het in kaart brengen van de (psychische) gevolgen van het misbruik voor zowel de kinderen als de ouders. Dit deelonderzoek is longitudinaal van opzet. Het omvat jaarlijkse meetmomenten met ouders en kinderen. Het onderzoek is gestart in 2013 en loopt vooralsnog door tot 2025 (zie tijdlijn op pagina 11). Er worden verschillende meetinstrumenten afgenomen waaronder vragenlijsten, interviews en spelobservaties. De resultaten, conclusies en aanbevelingen in dit rapport zijn gebaseerd op de vragenlijsten en interviews die zijn afgenomen bij de ouders. De spelobservaties en de vragenlijsten/interviews die bij de kinderen zelf zijn afgenomen zijn in dit rapport buiten beschouwing gelaten. In de [tabellen 1 en 2](#) is weergegeven welke onderwerpen er met de vragenlijsten en interviews met ouders zijn gemeten. Een volledige verantwoording van de meetinstrumenten is te vinden aan het einde van dit rapport.

Tabel 1 Onderwerpen gerelateerd aan het (psychisch) welzijn van de kinderen

Onderwerp	Uitleg
Internaliserende problemen	Emotionele problemen, zoals angst, sociale teruggetrokkenheid en sombere gevoelens.
Externaliserende problemen	Gedragsproblemen, zoals opstandig gedrag, agressief gedrag, druk gedrag en aandachtsproblemen.
Posttraumatische stress	Stressreacties die kunnen ontstaan na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Denk aan nachtmerries, het vermijden van bepaalde situaties of gesprekken, concentratieproblemen of slaapproblemen.
Dissociatie	Dissociatie is een toestand van verlaagd bewustzijn. Het kan ontstaan tijdens of na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Als je last hebt van dissociatie kan het voelen alsof je gedachten, gevoelens, herinneringen en lichamelijke gewaarwordingen niet van jezelf zijn (depersonalisatie). Ook kunnen de wereld en de mensen om je heen heel vreemd aanvoelen (derealisatie). Het kan bijvoorbeeld lijken of iemand dagdroomt, maar het lukt niet om de aandacht te trekken.
Seksueel (afwijkend) gedrag	Gedrag wat is gerelateerd aan de seksuele ontwikkeling. Het gedrag kan al dan niet passend zijn bij de leeftijd en het geslacht van een kind. Denk aan seksuele interesse, seksuele kennis, seksuele angst en genderidentiteit.
Gehechtheid	Gehechtheid is een duurzame en emotionele band tussen een kind en zijn/haar verzorger. Deze band, ofwel gehechtheidsrelatie, kan veilig of onveilig zijn. Bij jonge kinderen die veilig gehecht zijn aan hun verzorger, is er een balans tussen het verkennen van de omgeving en het zoeken van de nabijheid van de verzorger. Bij onveilig gehechte kinderen is deze balans zoek. Het kan dan zijn dat de verzorger niet dient als veilige uitvalsbasis, waardoor het kind nauwelijks aan ontdekken toekomt of de verzorger is geen veilige haven bij wie het kind troost kan vinden.

Tabel 2 Onderwerpen gerelateerd aan het (psychisch) welzijn van de ouders

Onderwerp	Uitleg
Posttraumatische stress	Stressreacties die kunnen ontstaan na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Denk aan nachtmerries, het vermijden van bepaalde situaties of gesprekken, concentratieproblemen of slaapproblemen.
Emotionele reacties op het misbruik van hun kind	Emotionele reacties die ouders ervaren op het misbruik van hun kind, zoals verdriet, boosheid, schaamte en gevoelens van schuld.

Kwalitatief deelonderzoek

Het kwalitatieve deelonderzoek richt zich op de ouders en de betrokken professionals. Het omvat twee vormen van kwalitatief onderzoek, te weten diepte-interviews met ouders en focusgroepen met professionals. De resultaten, conclusies en aanbevelingen in dit rapport zijn gebaseerd op de diepte-interviews met ouders. De focusgroepen met professionals zijn in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

Diepte-interviews met ouders

Bij de diepte-interviews werden ouders uitgenodigd om te vertellen over de manier waarop de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak hun leven heeft beïnvloed, over hun ervaringen met de crisisorganisatie, de hulpverlening en de juridische procedures en hun ervaringen met de media-aandacht rondom de zedenzaak. Voorafgaand aan de interviews is een lijst met onderwerpen opgesteld. Onderwerpen uit deze lijst werden door de interviewer ter sprake gebracht als deze niet op natuurlijke wijze naar voren kwamen. De diepte-interviews vonden plaats in 2015 (zie tijdslijn op pagina 11).

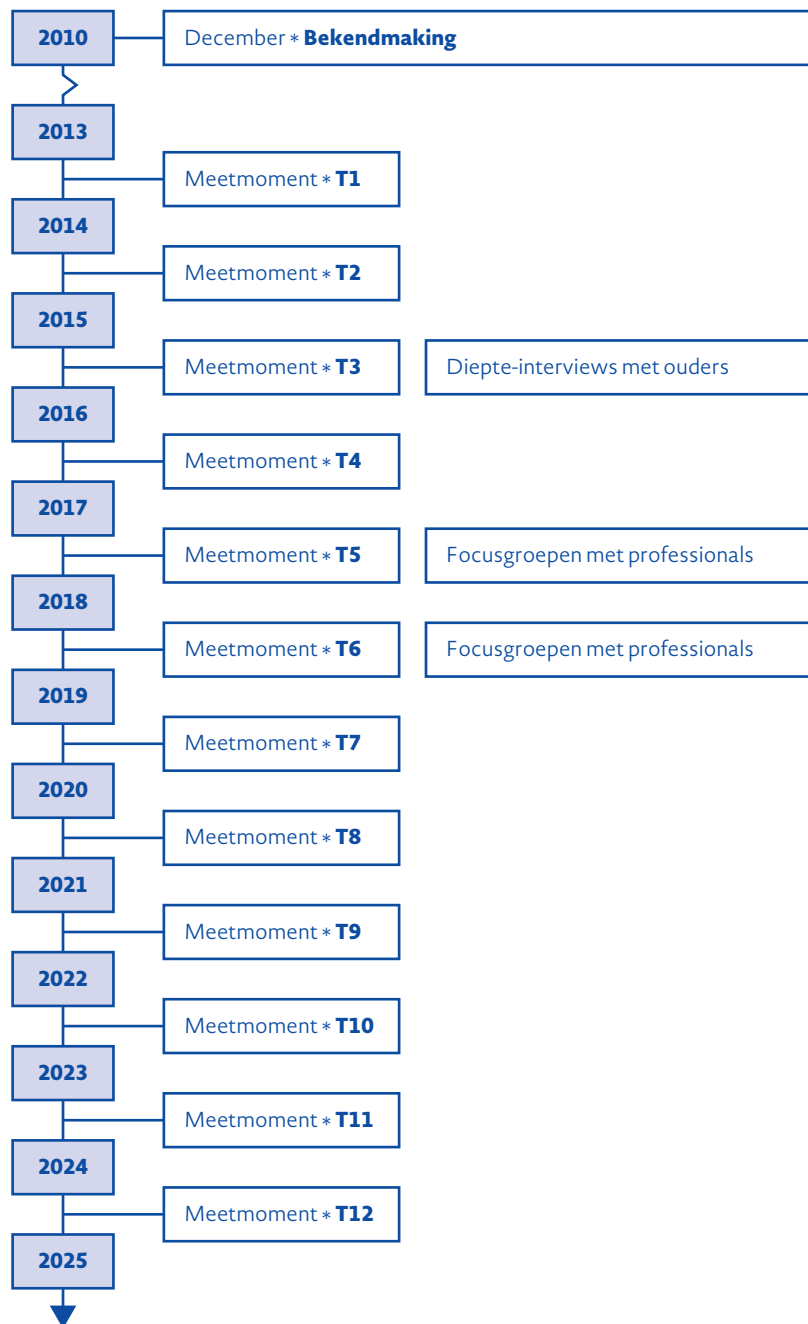
Focusgroepen met professionals

In de focusgroepen nemen professionals deel die betrokken zijn geweest bij de crisisorganisatie en de hulpverlening die geboden is aan de ouders en kinderen. In groepsverband worden onderwerpen besproken onder leiding van een moderator, ofwel gespreksleider. In dit onderzoek zijn de ervaringen van de professionals en de geleerde lessen besproken omtrent de crisisorganisatie en de hulpverlening die geboden is aan de ouders en kinderen. De groepsdiscussies werden door de gespreksleider op gang gebracht en waar nodig bijgestuurd met behulp van vooraf opgestelde vragen en stellingen. De focussengroepen vonden plaats in 2017 en 2018 (zie tijdslijn op pagina 11).

Tijdslijn van het onderzoek

Het kwantitatieve deelonderzoek is gestart 3 jaar na de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak. Het eerste meetmoment (T1) vond plaats in 2013/2014, het achtste meetmoment (T8) in 2020/2021. De jaarlijkse meetmomenten worden vooralsnog voortgezet tot 2024/2025, het jaar waarin de twaalfde meting (T12) zal plaatsvinden. Het kwalitatieve deelonderzoek is enkele jaren later gestart; de diepte-interviews met ouders vonden plaats in 2015, de focusgroepen met professionals in 2017 en 2018. Zie voor een grafische weergave [figuur 1](#).

Figuur 1 Tijdenlijn wetenschappelijk onderzoek

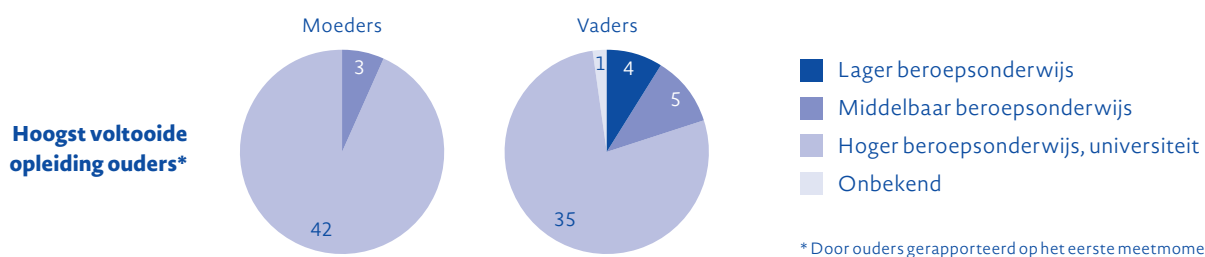
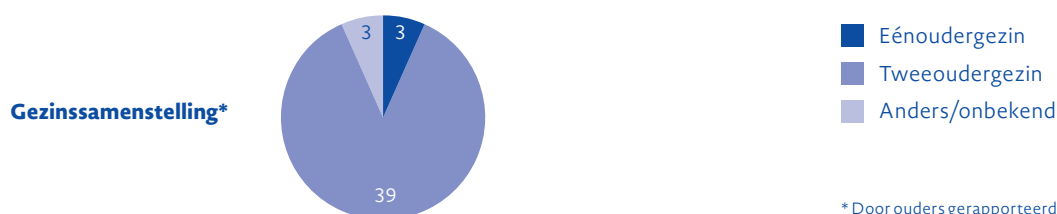
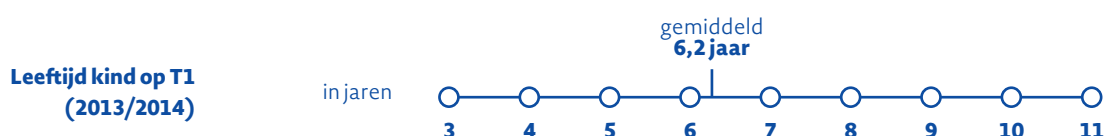
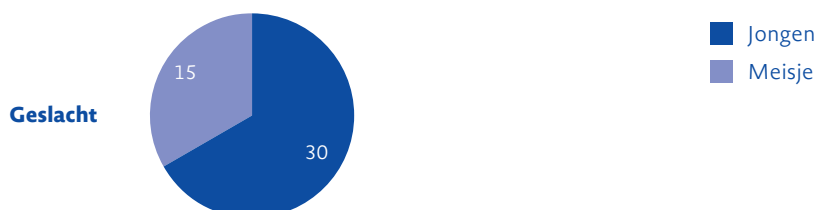


Wie doen er mee aan het onderzoek?

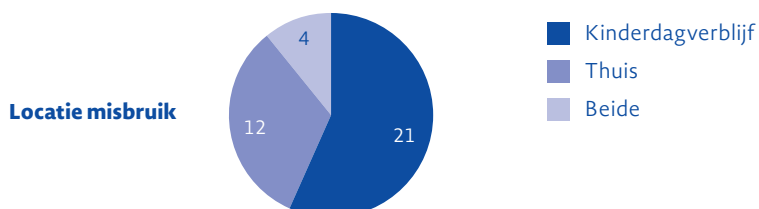
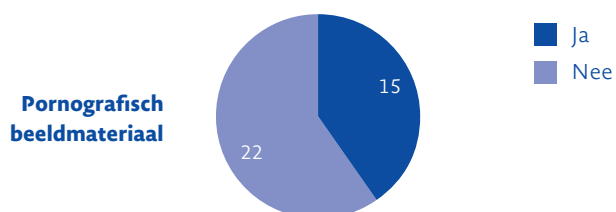
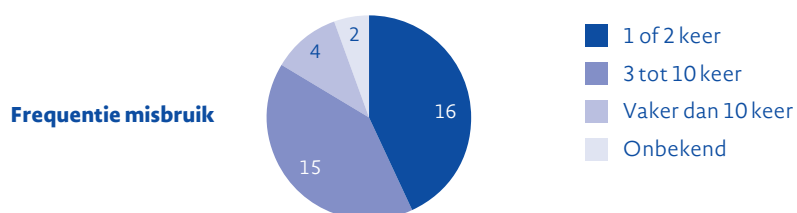
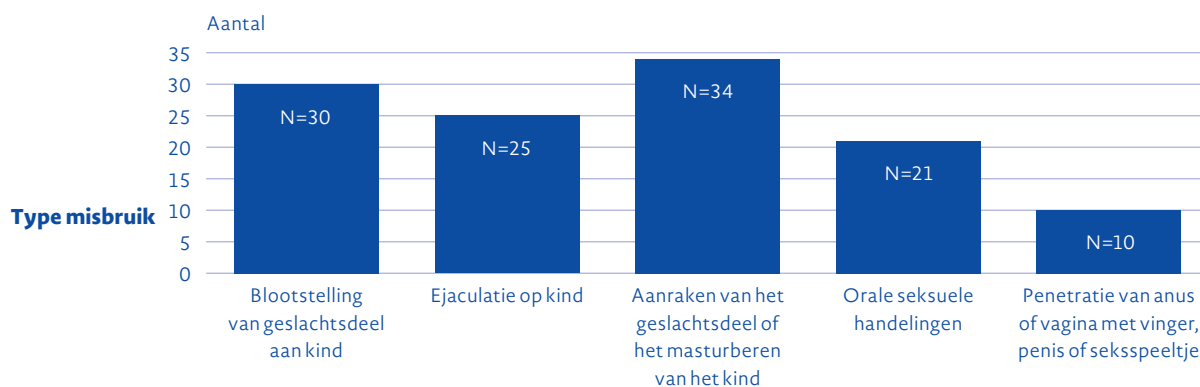
Aan het onderzoek nemen ouders en kinderen deel waarbij het seksueel misbruik van het kind is bewezen, of bij wie er sterke vermoedens van seksueel misbruik zijn. Het seksueel misbruik wordt als bewezen beschouwd als het kind door de politie is geïdentificeerd op het pornografische beeldmateriaal en/of als de hoofddader heeft bekend dat hij het kind seksueel heeft misbruikt. Bij sterke vermoedens betreft het kinderen die in contact zijn geweest met de hoofddader (op het kinderdagverblijf of tijdens het oppassen aan huis) en waarbij een sterk vermoeden bestaat dat het kind seksueel is misbruikt. Dit vermoeden kan zijn gebaseerd op het subjectieve onderbuikgevoel van ouders of op meer objectieve fysieke- of gedragssymptomen die bij het kind werden waargenomen. Deze vermoedelijke slachtoffers zijn in het huidige onderzoek meegenomen omdat het misbruik niet kon worden uitgesloten en omdat het onderzoek ook een ander doel dient, namelijk het monitoren van het welzijn van de kinderen en de ouders. Uit de analyses is bovendien gebleken dat er geen (significante) verschillen zijn gevonden op het gebied van (psychisch) welzijn tussen de groep kinderen waarbij het misbruik is bewezen en de groep kinderen waarbij er sterke vermoedens bestaan van het misbruik.

In totaal nemen 42 ouders van 45 kinderen deel aan het onderzoek. In alle gevallen betreft het de biologische ouders. Van de 45 kinderen zijn 14 kinderen broer of zus. De deelnemende ouders rapporteren over hun eigen (psychisch) welzijn en het (psychisch) welzijn van hun kind(eren). Aanvullend hierop rapporteren zij over de psychische zorg die zijzelf, maar ook hun eventuele partner en kind hebben ontvangen. Daarnaast nemen 18 kinderen zelf actief deel aan het onderzoek. Deze kinderen hebben samen met hun ouder(s) deelgenomen aan spelobservaties en/of rapporteren over hun eigen (psychisch) welzijn als zij de leeftijd van 8 jaar of ouder hebben bereikt. Hieronder worden de demografische kenmerken van de ouders en kinderen en de achtergrondgegevens omtrent het seksueel misbruik weergegeven. De achtergrondgegevens omtrent het seksueel misbruik zijn met toestemming van ouders bij de zedenpolitie opgevraagd.

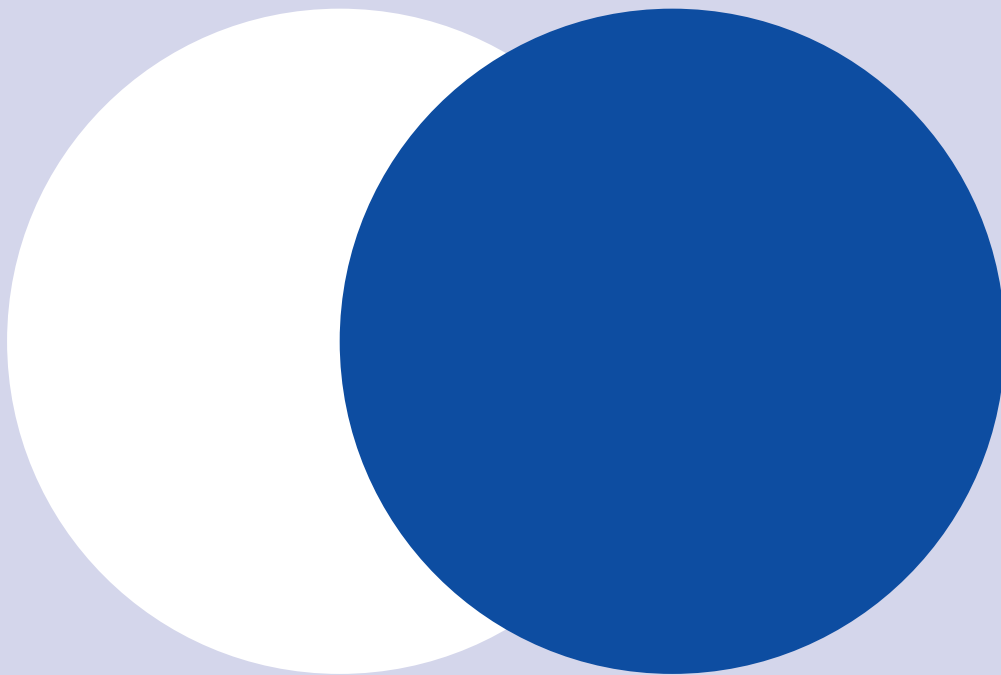
Demografische kenmerken van de ouders en kinderen (N=45)



Achtergrondgegevens seksueel misbruik (N=37)



Resultaten uit kwantitatief onderzoek



Hoe gaat het met de kinderen?

Ouders laten door middel van vragenlijsten en interviews weten hoe het met hun kinderen gaat en welke psychische zorg hun kinderen eventueel hebben ontvangen. De hieronder beschreven resultaten hebben betrekking op de eerste 5 meetmomenten (T1-T5). Het eerste meetmoment (T1) vond plaats in 2013/2014, zo'n 3 jaar na de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak. Het vijfde meetmoment (T5) vond plaats in 2017/2018. De resultaten van de spelobservaties en de vragenlijsten/interviews die bij de kinderen zelf zijn afgenomen zijn in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

Psychische zorg

Direct na de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak startte voor politie, justitie, gemeente en zorgpartners een intensieve periode gericht op het informeren van, en zorg bieden aan de betrokken gezinnen. Het één en ander vergde een grootschalige en intensieve aanpak. Het Amsterdam Universitair Medisch Centrum (Amsterdam UMC) - locatie AMC richtte een speciale polikliniek op om de (vermoedelijke) slachtoffers lichamelijk en psychisch te onderzoeken. De GGD Amsterdam droeg verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de psychosociale hulpverlening. Zo werden er twee belondes georganiseerd gericht op het monitoren en opsporen van psychosomatische klachten als gevolg van traumatisering bij betrokkenen. Voor de uitvoering van de psychosociale hulpverlening werd samengewerkt met ketenpartners zoals Slachtofferhulp en GGZ.

Naast de breed georganiseerde (na)zorg heeft een groot aantal kinderen in de jaren na de bekendmaking een vorm van psychische zorg ontvangen. Deze zorg varieerde in frequentie en intensiteit, van enkele (spel)observaties tot langdurige traumabehandeling. De zorg werd uitgevoerd door verschillende zorg- en maatschappelijke organisaties. In de jaren na de bekendmaking tot aan het vijfde meetmoment in 2017/2018 heeft 71% van de kinderen één of meer vormen van psychische zorg ontvangen. Deze psychische zorg is op basis van frequentie, intensiteit en het klinische oordeel van een viertal experts ingedeeld in drie categorieën, te weten een lichte vorm (20%), een middelmatige vorm (27%) en een zware vorm van psychische zorg (24%). In [tabel 3](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven.

Tabel 3 Percentages ontvangen psychische zorg van kinderen

	T1*	T2	T3	T4	T5
Geen	52%	80%	80%	92%	92%
Licht	14%	3%	8%	5%	3%
Middel	14%	13%	13%	3%	3%
Zwaar	20%	5%	0%	0%	3%

* De periode vanaf de bekendmaking (eind 2010) tot T1 (2013/2014)

Psychische gevolgen

De hieronder beschreven resultaten geven weer hoeveel procent van de kinderen een (sub)klinische score heeft op een bepaald onderwerp. Een (sub)klinische score wil zeggen dat er een indicatie is voor de aanwezigheid van problemen en/of klachten op dat gebied. De resultaten zijn voor elk meetmoment apart weergegeven, en als totaal voor alle meetmomenten tezamen. Het totaalpercentage geeft weer hoeveel procent van de kinderen op één of meer meetmomenten een (sub)klinische score heeft. Dit zijn unieke kinderen, dat wil zeggen dat een kind dat op meer meetmomenten een (sub)klinische score heeft maar één keer meetelt in het totaalpercentage, en een kind dat op slechts één meetmoment een (sub)klinische score heeft ook één keer meetelt in het totaalpercentage. Het totaalpercentage zal te allen tijde toenemen naarmate er meer meetmomenten hebben plaatsgevonden. Om deze reden dient het totaalpercentage met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd en kunnen er geen harde conclusies verbonden worden aan het totaalpercentage.

Internaliserende problemen

In totaal heeft 44% van de kinderen op één of meer meetmomenten een (sub)klinische score als het gaat om internaliserende problemen. In [tabel 4](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven. Het beloop van internaliserende problemen over de vijf meetmomenten heen fluctueert per individueel kind. Uit de longitudinale analyses is gebleken dat er over de jaren heen op groepsniveau wel een daling zichtbaar is. Bij deze longitudinale analyse is rekening gehouden met de ernst van het misbruik en de psychische zorg die de kinderen hebben ontvangen.

Tabel 4 Percentages kinderen met een (sub)klinische score op internaliserende problemen

	T1	T2	T3	T4	T5	Totaal
INT	34%	38%	31%	28%	33%	44%

INT = internaliserende problemen op (sub)klinisch niveau

Externaliserende problemen

In totaal heeft 41% van de kinderen op één of meer meetmomenten een (sub)klinische score als het gaat om externaliserende problemen. In [tabel 5](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven. Het beloop van externaliserende problemen over de vijf meetmomenten heen fluctueert per individueel kind. Uit de longitudinale analyses is gebleken dat er over de jaren heen op groepsniveau wel een daling zichtbaar is. Bij deze longitudinale analyse is rekening gehouden met de ernst van het misbruik en de psychische zorg die de kinderen hebben ontvangen.

Tabel 5 Percentages kinderen met een (sub)klinische score op externaliserende problemen

	T1	T2	T3	T4	T5	Totaal
EXT	30%	25%	18%	18%	14%	41%

EXT = externaliserende problemen op (sub)klinisch niveau

Posttraumatische stress

In totaal heeft 14% van de kinderen op één of meer meetmomenten een klinische score als het gaat om posttraumatische stress. In [tabel 6](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven. Het percentage kinderen met een klinische score op posttraumatische stress is erg laag en om deze reden is het lastig om het longitudinale beloop betrouwbaar te analyseren in deze kleine onderzoeksgroep.

Tabel 6 Percentages kinderen met een klinische score op posttraumatische stress

	T1	T2	T3	T4	T5	Totaal
PTS	5%	5%	3%	3%	8%	14%

PTS = klinische posttraumatische stress

Dissociatie

In totaal heeft 5% van de kinderen op één of meer meetmomenten een klinische score als het gaat om dissociatie. In [tabel 7](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven. Het percentage kinderen met een klinische score op dissociatie is erg laag en om deze reden is het lastig om het longitudinale beloop betrouwbaar te analyseren in deze kleine onderzoeksgroep.

Tabel 7 Percentages kinderen met een klinische score op dissociatie

	T1	T2	T3	T4	T5	Totaal
DIS	2%	3%	3%	3%	0%	5%

DIS = klinische dissociatie

Seksueel (afwijkend) gedrag

Bij seksueel (afwijkend) gedrag wordt onderscheid gemaakt tussen ontwikkelingsgerelateerd seksueel gedrag (OSG) en seksueel misbruik gerelateerd gedrag (SGG). Voor een volledige beschrijving van deze twee subschalen wordt verwezen naar de verantwoording van de meetinstrumenten aan het einde van dit rapport. In totaal heeft 18% van de kinderen op één of meer meetmomenten een (sub)klinische score als het gaat om ontwikkelingsgerelateerd seksueel gedrag (OSG). Als het gaat om seksueel misbruik gerelateerd gedrag (SGG) dan heeft in totaal 62% van de kinderen op één of meer meetmomenten een (sub)klinische score. In [tabel 8](#) zijn de percentages voor OSG en SGG per meetmoment weergegeven. Het percentage kinderen met een (sub)klinische score op OSG is beduidend lager dan op SGG. Uit de longitudinale analyse is bovendien gebleken dat OSG over de jaren heen op groepsniveau fluctueert. Er is geen duidelijke dalende of stijgende trend zichtbaar. Wat betreft SGG lijkt er over de jaren heen op groepsniveau wel een zichtbare daling, maar de percentages blijven ook vele jaren na het seksueel misbruik vrij hoog. Bij deze longitudinale analyses is rekening gehouden met de ernst van het misbruik en de psychische zorg die de kinderen hebben ontvangen.

Tabel 8 Percentages kinderen met een (sub)klinische score op seksueel (afwijkend) gedrag

	T1	T2	T3	T4	T5	Totaal
OSG	16%	15%	13%	5%	3%	18%
SGG	49%	40%	31%	21%	24%	62%

OSG = ontwikkelingsgerelateerd seksueel gedrag op (sub)klinisch niveau

SGG = seksueel misbruik gerelateerd gedrag op (sub)klinisch niveau

Gehechtheid

In totaal heeft 40% van de kinderen op één of meer meetmomenten een klinische score op onveilig gehechtheidsgedrag vanuit het perspectief van de ouder (een vragenlijst ingevuld door de ouders). In [tabel 9](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven. Uit de longitudinale analyse, waarbij rekening is gehouden met de ernst van het misbruik en de psychische zorg die kinderen hebben ontvangen, is gebleken dat er over de jaren heen op groepsniveau een daling zichtbaar is wat betreft onveilig gehechtheidsgedrag.

Tabel 9 Percentages kinderen met een klinische score op onveilig gehechtheidsgedrag

	T1	T2	T3	T4	T5	Totaal
Onveilig gehechtheidsgedrag	27%	33%	23%	18%	26%	40%

Hoe gaat het met de ouders?

De deelnemende ouders vullen jaarlijks een aantal vragenlijsten in over zichzelf. Aanvullend hierop geven zij tijdens een kort interview meer context over hun welbevinden en de psychische zorg die zij en hun partner eventueel hebben ontvangen. De hieronder beschreven resultaten hebben betrekking op de eerste 5 meetmomenten (T1-T5). Het eerste meetmoment (T1) vond plaats in 2013/2014, zo'n 3 jaar na de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak. Het vijfde meetmoment (T5) vond plaats in 2017/2018.

Psychische zorg

Zoals beschreven in het voorgaande hoofdstuk ('Hoe gaat het met de kinderen?') droeg de GGD Amsterdam na de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de psychosociale hulpverlening. Voor de uitvoering van de psychosociale hulpverlening werd samengewerkt met ketenpartners zoals Slachtofferhulp en GGZ. Naast de breed georganiseerde (na)zorg heeft een groot aantal ouders in de jaren na de bekendmaking een vorm van psychische zorg ontvangen. Deze zorg varieerde in frequentie en intensiteit, van enkele adviesgesprekken tot langdurige traumabehandeling. In de jaren na de bekendmaking tot aan het vijfde meetmoment heeft 69% van alle deelnemende ouders en hun partners één of meer vormen van psychische zorg ontvangen. Het betreft 74% van de moeders en 64% van de vaders. Deze psychische zorg is op basis van frequentie, intensiteit en het klinische oordeel van een viertal experts ingedeeld in drie categorieën, te weten een lichte vorm, een middelmatige vorm en een zware vorm van psychische zorg. In [tabellen 10 en 11](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven, apart voor moeders en vaders.

Tabel 10 Percentages ontvangen psychische zorg van moeders

Psychische zorg moeders	T1*	T2	T3	T4	T5
Geen	29%	55%	71%	84%	79%
Licht	20%	16%	16%	8%	6%
Middel	22%	11%	0%	3%	6%
Zwaar	29%	18%	13%	5%	9%

* De periode vanaf de bekendmaking (eind 2010) tot T1 (2013/2014)

Tabel 11 Percentages ontvangen psychische zorg van vaders

Psychische zorg vaders	T1*	T2	T3	T4	T5
Geen	41%	67%	83%	83%	90%
Licht	18%	19%	11%	8%	7%
Middel	18%	8%	0%	8%	3%
Zwaar	23%	6%	6%	0%	0%

* De periode vanaf de bekendmaking (eind 2010) tot T1 (2013/2014)

Psychische gevolgen

De hieronder beschreven resultaten hebben alleen betrekking op de deelnemende ouders en niet op hun eventuele partner.

De resultaten geven weer hoeveel procent van de ouders een (sub)klinische score heeft op een bepaald onderwerp. Een (sub)klinische score wil zeggen dat er een indicatie is voor de aanwezigheid van problemen en/of klachten op dat gebied. De resultaten zijn voor elk meetmoment apart weergegeven, en als totaal voor alle meetmomenten tezamen. Het totaalpercentage geeft weer hoeveel procent van de ouders op één of meer meetmomenten een (sub)klinische score heeft. Dit zijn unieke ouders, dat wil zeggen dat een ouder die op meer meetmomenten een (sub)klinische score heeft maar één keer meetelt in het totaalpercentage, en een ouder die op slechts één meetmoment een (sub)klinische score heeft ook één keer meetelt in het totaalpercentage. Het totaalpercentage zal te allen tijde toenemen naarmate er meer meetmomenten hebben plaatsgevonden. Om deze reden dient het totaalpercentage met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd en kunnen er geen harde conclusies verbonden worden aan het totaalpercentage.

Posttraumatische stress

Iets meer dan een kwart van de deelnemende ouders (27%) heeft op één of meer meetmomenten een klinische score als het gaat om posttraumatische stress. In [tabel 12](#) zijn de percentages per meetmoment weergegeven. Het beloop van posttraumatische stress over de vijf meetmomenten heen fluctueert per individuele ouder. Ook uit de longitudinale analyses is gebleken dat posttraumatische stress over de jaren heen op groepsniveau fluctueert. Er is geen duidelijke dalende of stijgende trend zichtbaar. Bij deze longitudinale analyse is rekening gehouden met de ernst van het misbruik en de psychische zorg die de ouders hebben ontvangen.

Tabel 12 Percentages deelnemende ouders met een klinische score op posttraumatische stress

	T1	T2	T3	T4	T5	Totaal
PTS	25%	20%	18%	10%	19%	27%

PTS = klinische posttraumatische stress

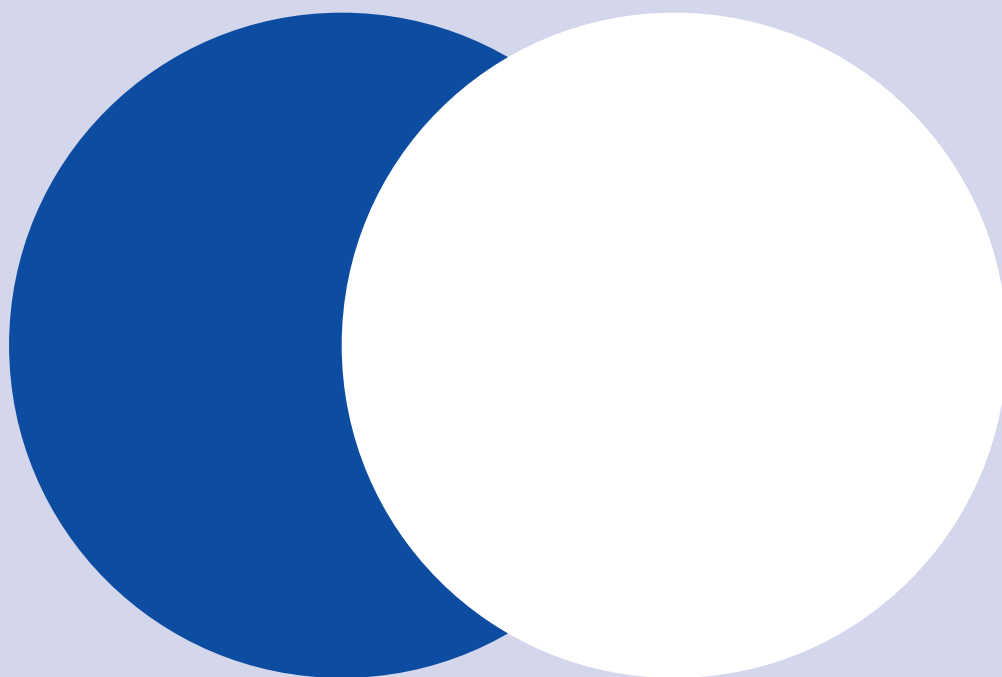
Emotionele reacties op het misbruik

Voor dit onderwerp is geen afkappunt bekend waarboven een score als (sub)klinisch wordt gezien. Hierdoor kunnen er geen percentages worden gerapporteerd, maar kan alleen worden gesproken over gemiddelde scores en een toename of afname in de tijd. De gemiddelde scores per meetmoment zijn weergegeven in [tabel 13](#). Uit de longitudinale analyses is gebleken dat de emotionele reacties (totaalscore) duidelijk afnemen over de jaren heen. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen emotionele stress, gevoelens van schaamte en gevoelens van schuld. Wat betreft emotionele stress is er over de jaren heen op groepsniveau een zichtbare daling. Vanaf het vierde meetmoment (T4) nemen ook de gevoelens van schuld af. Gevoelens van schaamte fluctueren over de jaren heen; er is geen duidelijke dalende of stijgende trend zichtbaar. Ook bij deze analyses werd rekening gehouden met de ernst van het misbruik en de psychische zorg die de ouders hebben ontvangen.

Tabel 13 Gemiddelde scores van de deelnemende ouders op emotionele reacties op het misbruik

	T1	T2	T3	T4	T5
Emotionele stress (range 8-40)	18	16	14	13	14
Schaamte (range 3-15)	6	5	5	5	5
Schuld (range 3-15)	7	7	6	5	6
Totaalscore (range 15-75)	34	30	28	25	27

Resultaten uit kwalitatief onderzoek



De eerste periode na de bekendmaking

Ouders vertelden hoe heftig de eerste periode na de bekendmaking voor hen was. Bij de verschillende onderwerpen illustreren we dat met korte voorbeelden.

Shock

Veel ouders beschreven dat ze in shock waren van het nieuws dat hun kind (mogelijk) seksueel was misbruikt. Ze konden niet geloven dat iemand die ze vertrouwden om voor hun kind te zorgen zulke daden kon plegen en in staat was zoveel kinderen slachtoffer te maken zonder gepakt te worden. Het idee dat seksueel misbruik op deze jonge leeftijd überhaupt mogelijk is, en dat zij en anderen niets hadden opgemerkt voelde onwerkelijk.

Zo vond een ouder het onbegrijpelijk dat ze niets van het misbruik hebben gemerkt bij hun kind en dat de dader zo lang ongestoord zijn gang heeft kunnen gaan.

Ouders reageerden verschillend op de shock. Sommige ouders werden overspoeld door emoties van verdriet, schuld, woede of wanhoop terwijl andere ouders zich juist emotioneel verdoofd voelden, als in een roes of een waas. Sommige ouders ervoeren ook lichamelijke reacties op de shock, zoals pijn, rillingen, verminderde eetlust en gewichtsverlies.

Zo ervoerde een ouder veel lichamelijke pijn en heeft een paar weken alles op pauze moeten zetten, waaronder werk.

Door de langdurige vertrouwensband met de hoofddader was het voor sommige ouders moeilijk om geen compassie voor hem te voelen.

Een ouder vertelde bijvoorbeeld dat het een tijd heeft geduurd voordat hij/zij de dader als slecht persoon kon zien die blaam treft. In eerste instantie voelde de ouder medelijden met hem.

Onzekerheid

In het begin was er nog veel onduidelijk rondom de toedracht van de zedenzaak. Ouders gingen verschillend met deze onzekerheid om. Sommige ouders gingen niet direct van het ergste uit en stelden zichzelf – soms bleek later tevergeefs – gerust in de hoop dat het misschien wel meeviel.

Zo hoopte een ouder eerst nog dat alleen één van de twee kinderen slachtoffer was geworden en dat het misbruik alleen op de crèche had plaatsgevonden. Helaas bleken beide kinderen zowel op de crèche als thuis tijdens het oppassen misbruikt te zijn.

Voor andere ouders riep de onzekerheid veel angst en vragen op.

Een ouder was bijvoorbeeld bang voor wat er komen zou.

Hoewel voor sommige ouders de onzekerheid afnam toen ze werden geïnformeerd over wat de verdachte had bekend over hun kind (nu wisten ze tenminste waar ze mee te maken hadden of waren ze gerustgesteld dat er niets was gebeurd), trokken andere ouders de geloofwaardigheid en volledigheid van de verklaring in twijfel, of waren er niet van overtuigd dat er niets was gebeurd. Voor hen bleef de onzekerheid bestaan.

Rollercoaster

De periode na de bekendmaking voelde voor ouders als een rollercoaster aan emoties en gebeurtenissen waar ze geen controle over hadden. Hun leven stond compleet op zijn kop. Druppelsgewijs kwam er steeds meer informatie binnen en elk nieuw detail riep bij ouders heftige emoties op. Ouders werden bovendien opgezogen in de hectiek door alle stappen die er gezet moesten worden in het kader van het opsporingsonderzoek.

Een ouder vertelde bijvoorbeeld dat ze werden geleeft door de opeenvolging van afspraken bij de recherche, bij de advocaat, met familierechercheurs, informatiebijeenkomsten, het ziekenhuis, en dat wekenlang.

Overlevingsmodus

Ouders gaven aan dat de zorg voor hun gezin hen dwong het hoofd boven water te houden en te blijven functioneren. Ze beschreven dit als een overlevingsmodus die ervoor zorgde dat ze niet aan hun emoties ten onder gingen en het welzijn van hun kind op nummer één konden houden.

Zo verbaasde een ouder zich achteraf over hoe je gewoon doorgaat met leven en het gezinsleven draaiende houdt, terwijl je tegelijkertijd alles doet om te onderzoeken of je kind schade heeft ondervonden. Later kwam pas het besef hoe heftig het was.

Impact van de media-aandacht

Ouders beschreven zowel negatieve als positieve gevolgen van de media-aandacht. Bij de verschillende onderwerpen illustreren we dat met korte voorbeelden.

Kwetsbaar voor onthulling

Ouders voelden zich erg kwetsbaar door de media-aandacht, doordat zo iets persoonlijk nu publiekelijk bekend was onder de mensen.

Zo beschreef een ouder hoe raar en kwetsbaar het voelt dat iets wat over jouw gezin gaat en jou zo raakt, in de krant staat en door iedereen gelezen kan worden.

Ouders waren bang dat de media hen in beeld zouden brengen of dat mensen zelf de optelsom zouden maken en hun betrokkenheid zouden 'ontdekken', bijvoorbeeld doordat vrienden en bekenden wisten dat hun kind op de crèche zat die nu in het nieuws kwam. De angst voor stigmatisatie werd door ouders regelmatig benoemd, wat sommige ouders ervan weerhield aangifte te doen.

Angst dat het kind de hoofddader herkent

Dat de zedenzaak zo breed werd uitgemeten in de media, inclusief herkenbare foto's van de hoofddader en het kinderdagverblijf in de kranten en op tv, maakte het ook ingewikkeld naar de kinderen toe. Ouders waren bang dat hun kind de foto van de hoofddader in de krant zou zien of op het nieuws zou herkennen en hier vragen over zou stellen. Zij probeerden hun kind hiervoor af te schermen door het kijken en luisteren van nieuws op tv en radio te beperken en voorzichtig om te gaan met kranten.

Een ouder vertelde bijvoorbeeld dat zij zich erg druk maakten over de herkenbare foto van de hoofddader in de media. Ze pleitten ervoor de foto eruit te halen om te voorkomen dat hun kind de hoofddader zou herkennen.

Moeilijk om voor af te sluiten

Er was voor ouders bijna niet aan de media-aandacht te ontkomen. Ze konden de krant of het internet niet openen en de tv en radio niet aanzetten of er kwam nieuws over de zaak voorbij. Daardoor werden ze soms met heftige (nieuwe) informatie of speculaties geconfronteerd waar ze zich liever voor hadden afgesloten.

Zo beschreef een ouder hoe hij/zij in de auto de radio aanzette en direct de zaak in het nieuws hoorde. Dan zat de schrik er goed in, ook omdat er vaak nieuwe details werden gedeeld.

Een andere ouder vertelde bijvoorbeeld hoe moeilijk het is om iets over de zaak, als je het tegenkomt, niet te lezen. Zoals het zien van een krantenartikel over de zaak in de trein of bij het openen van internet.

Sommige ouders gebruikten de media echter juist als een informatiebron. Zeker voor ouders waarbij het misbruik van hun kind (nog) niet bewezen was, omdat zij soms minder goed op de hoogte werden gehouden door de politie.

Belasting versus erkenning

Hoewel sommige ouders de media als een extra belasting ervaarden, waren er ook ouders die zich erkend en gesteund voelden door de grote hoeveelheid maatschappelijke aandacht. Zij hadden het gevoel dat iedereen meeleeft en dat de media aan de kant van de ouders stonden in hun verslaggeving. Ook benoemden zij dat de verslaggevers respectvol met de ouders omgingen en hun privacy respecteerden.

Zo beschreef een ouder hoe goed het hen heeft gedaan dat er zoveel aandacht voor de zaak was en nog steeds is in de media. Dit gaf de ouder bevestiging slachtoffer te zijn van iets heel groots.

Ervaringen met de crisishulpverlening

Ouders hebben ook hun ervaringen gedeeld over de crisishulpverlening vanuit onder andere de politie, GGD, gemeente Amsterdam en de medische en geestelijke gezondheidszorg. Bij de verschillende onderwerpen illustreren we dat met korte voorbeelden.

Stressvol en confronterend

Ouders noemden verschillende zenuwslopende momenten. Tijdens de informatiebijeenkomst waarin zij op de hoogte werden gebracht van het misbruikschandaal bijvoorbeeld, werd de foto van de hoofddader getoond. Dit was hét moment dat zij zich realiseerden dat zij de hoofddader kenden. Aangifte doen terwijl ze daarna de bekentenis van de hoofddader zouden horen was nog zo'n heftig moment.

Zo voelde het aangifte doen voor een ouder als het zwaard van Damocles boven je hoofd, wetende dat er iets gebeurd is maar niet wetende hoe ernstig het is.

Ook vonden ouders het zwaar om voor de politie (naakt)foto's aan te leveren van hun kind om te matchen met pornografisch materiaal. Sommige ouders gaven aan nooit meer normaal naar foto's uit die periode van hun kind te kunnen kijken. Sommige ouders vonden het lichamelijke en psychologische onderzoek in het ziekenhuis erg stressvol, evenals de confrontatie met andere ouders en kinderen in de wachtkamer. Ze wisten niet of deze ouders een andere uitleg aan hun kind hadden gegeven als reden voor het bezoek aan het ziekenhuis en vonden het lastig om geconfronteerd te worden met de emoties van anderen.

Zo vond een ouder het lastig om het ziekenhuisbezoek normaal te brengen naar het kind. De confrontatie met andere ouders maakte het nog lastiger. Naast de angst dat andere ouders hun kind een andere uitleg hadden gegeven, was het ook zo vroeg in het proces waardoor zij nog erg met zichzelf bezig waren. Het was moeilijk om te bedenken dat er anderen waren die hetzelfde meemaakten.

Een aantal ouders vond de crisishulp te dwingend. Zij voelden zich niet vrij in de keuze om aangifte te doen, om hun kind lichamelijk en psychologisch te laten onderzoeken, of op de hoogte te brengen van het misbruik.

Behoeftte aan steun

Ouders hadden behoefte aan steun van de professionals. Veel ouders beschreven hen als toegewijd, empathisch en benaderbaar en hadden het gevoel dat zij op nummer één stonden.

Zo vertelde een ouder dat ze het gevoel hadden overal bij betrokken te worden door de professionals en dat er veel begrip werd getoond. De ouder denkt dat het een stuk moeilijker was geweest zonder die steun.

Een andere ouder beschreef bijvoorbeeld hoe goed de burgemeester zich heeft opgesteld; heel menselijk, persoonlijk en benaderbaar.

Echter, ouders van kinderen bij wie het misbruik niet werd bewezen voelden zich soms een 'b-slachtoffer' die op minder steun en voorzieningen konden rekenen.

Behoeftte aan informatie

Ouders hadden behoefte aan duidelijke informatie over wat hen te wachten stond en over nieuwe ontwikkelingen in de zaak. Ze vonden dat professionals hun best deden hen als eerst te informeren en altijd beschikbaar waren voor vragen. Toch waren er ook ouders ontevreden over de communicatie. Ook heerste er onder sommigen onduidelijkheid over wie zij konden benaderen voor vragen.

Zo vond een ouder het niet altijd duidelijk wat er precies moest gebeuren: juridisch, medisch, psychisch, wat is er voor de kinderen, wat is er voor de ouders. De ouder had het fijn gevonden als dit goed werd uitgelegd, ook om af te kunnen wegen waar hij/zij wel of geen gebruik van wilde maken.

Een andere ouder legde bijvoorbeeld uit hoe onduidelijk het kan zijn om te weten welke instantie je waarvoor nodig hebt, als je nooit met de verschillende instanties te maken hebt gehad. Met onder andere Slachtofferhulp, de GGD, de advocaat, het ziekenhuis was het erg veel. De ouder pleit voor één aanspreekpunt aan wie je alles kunt vragen.

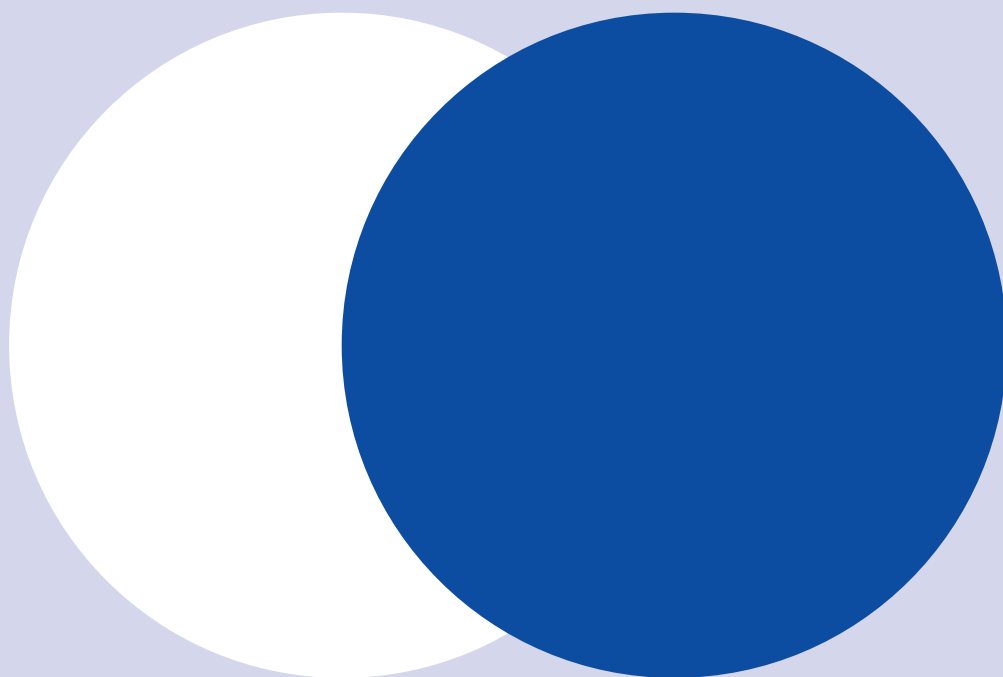
Daarnaast hoorden met name ouders van kinderen bij wie het misbruik niet werd bewezen soms nieuwe informatie via de media zonder daar eerst van op de hoogte te worden gebracht.

Behoeftte aan expertise

Hoewel veel ouders de crishulp beschreven als goed georganiseerd, een geoliede machine en spraken over betrokken professionals met kennis van zaken, waren er ook ouders die kritiek hadden op het gebrek aan kennis onder sommige professionals over de mogelijke gevolgen van het misbruik, of op professionals die voorbarige, voor ouders soms heftige conclusies naar hen ventileerden.

Zo vertelde een ouder dat de artsen aangaven dat hun baby bijna niet verkracht kon zijn omdat ze na lichamelijk onderzoek geen aanwijzingen hadden gevonden, en dat zou wel te zien moeten zijn. Later bleek echter uit beeldmateriaal en de verklaring van de hoofdverdachte dat er kort voor het onderzoek wel sprake van verkrachting was geweest.

Conclusies en aanbevelingen



Dit rapport is niet allesomvattend. De resultaten, conclusies en aanbevelingen in dit rapport zijn gebaseerd op de rapportages van ouders. De zelfrapportage van de kinderen en/of de rapportage van professionals betrokken bij de zedenzaak is in dit rapport niet meegenomen. Het onderzoek is bovendien nog in volle gang en wordt vooralsnog voortgezet tot 2025. De resultaten en conclusies dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het betreft een relatief kleine onderzoeksgroep, met name als het gaat om het kwantitatieve deelonderzoek. Een kleine onderzoeksgroep levert over het algemeen minder betrouwbare resultaten op dan een grote onderzoeksgroep. Daarnaast nemen niet alle slachtoffers in de Amsterdamse zedenzaak deel aan het onderzoek. We weten niet of de deelnemende kinderen en ouders een goede afspiegeling zijn van alle slachtoffers in de Amsterdamse zedenzaak.

Kwantitatief deelonderzoek

Conclusies

Het kwantitatieve deelonderzoek is gericht op het in kaart brengen van de korte- en lange termijn gevolgen van het seksueel misbruik voor zowel de kinderen als hun ouders. De beschreven resultaten zijn gebaseerd op vragenlijsten en interviews die bij ouders zijn afgenomen en hebben betrekking op de eerste 5 meetmomenten (T1-T5). Het eerste meetmoment (T1) vond plaats in 2013/2014, zo'n 3 jaar na de bekendmaking van de Amsterdamse zedenzaak. Het vijfde meetmoment (T5) vond plaats in 2017/2018.

De resultaten van dit deelonderzoek laten zien dat het misbruik bij deze zeer jonge kinderen op korte- en lange termijn minder vaak lijkt te resulteren in klassieke klachten zoals posttraumatische stressreacties en dissociatie, maar des te meer in atypische klachten zoals internaliserende en externaliserende problemen, onveilig gehechtheidsgedrag en seksueel afwijkend gedrag. Over de jaren heen fluctueert het beloop van deze atypische klachten per individueel kind, maar op groepsniveau is een daling van deze klachten zichtbaar. Een grote meerderheid van de kinderen heeft één of meer vormen van psychische zorg ontvangen. Deze zorg werd met name ontvangen in de jaren na de bekendmaking (eind 2010) tot aan het eerste meetmoment (2013/2014), maar ook na het eerste meetmoment zijn er nog kinderen die psychische zorg hebben ontvangen. De psychische zorg heeft mogelijk bijgedragen aan de daling van de eerdergenoemde atypische klachten. Desalniettemin blijft het percentage kinderen met een (sub)klinische score ook vele jaren na het misbruik nog vrij hoog, met name als het gaat over internaliserende problemen, onveilig gehechtheidsgedrag en seksueel afwijkend gedrag.

In tegenstelling tot de kinderen ervaren ouders op korte- en lange termijn wel posttraumatische stressreacties. Ruim een kwart van de deelnemende ouders heeft op één of meer meetmomenten posttraumatische stressreacties ervaren. Over de jaren heen fluctueert het beloop van de posttraumatische stressreacties per individuele ouder. Ook op groepsniveau is er geen dalende of stijgende trend zichtbaar van deze klachten. Naast posttraumatische stressreacties ervaren ouders ook emotionele reacties gericht op het seksueel misbruik van hun kind(eren), zoals verdriet, boosheid, schaamte en schuld. Anders dan de posttraumatische stressreacties nemen emotionele reacties op groepsniveau over de jaren heen wel af. Opmerkelijk is echter dat gevoelens van schuld pas vele jaren na de bekendmaking lijken af te nemen en dat gevoelens van schaamte over de jaren heen helemaal niet lijken af te nemen of toe te nemen. Een groot deel van de deelnemende ouders en hun partner heeft één of meer vormen van psychische zorg ontvangen. Deze zorg werd met name ontvangen in de jaren na de bekendmaking (eind 2010) tot aan het derde meetmoment (2015/2016), maar ook in de jaren daarna zijn er nog ouders die psychische zorg hebben ontvangen. Ondanks de psychische zorg die ouders hebben ontvangen in de jaren na de bekendmaking, blijft het percentage ouders dat posttraumatische stressreacties ervaart ook vele jaren na de bekendmaking van het misbruik vrij hoog.

Aanbevelingen

Hieronder zijn aanbevelingen opgenomen voor professionals die voortvloeien uit de resultaten van het kwantitatieve deelonderzoek. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de rapportages van ouders. Het perspectief van professionals betrokken bij deze zedenzaak is niet meegenomen.

- ▶ Het langdurig monitoren van het (psychisch) welzijn van kinderen en hun ouders na het meemaken van seksueel misbruik is van groot belang. Klachten kunnen over de jaren heen fluctueren. Ook als er aanvankelijk geen klachten aanwezig zijn, kunnen deze zich op lange termijn alsnog aandienen.
- ▶ Wees bij kinderen die op zeer jonge leeftijd seksueel zijn misbruikt alert op atypische klachten, zoals internaliserende en externaliserende problemen, onveilig gehechtheidsgedrag en seksueel afwijkend gedrag. Deze klachten lijken zowel op korte als lange termijn vaker voor te komen dan de klassieke klachten, zoals posttraumatische stressreacties en dissociatie.
- ▶ Wees bij ouders van kinderen die seksueel zijn misbruikt alert op de ontwikkeling van posttraumatische stressreacties en de aanwezigheid van emotionele reacties zoals verdriet, boosheid, schaamte en schuld. Posttraumatische stressreacties kunnen over de jaren heen fluctueren. Ook als er aanvankelijk geen posttraumatische stressreacties aanwezig

- zijn, kunnen deze zich op lange termijn alsnog aandienen. Ook gevoelens van schuld en schaamte kunnen bij ouders langdurig blijven voortbestaan.
- ▶ Biedt zowel kinderen als hun ouders tijdig en passende (psychische) zorg als er sprake is van klachten. Veel klachten lijken niet vanzelf over te gaan. Het merendeel van de ouders en kinderen heeft behoefte aan passende zorg, zowel op korte als lange termijn na (de bekendmaking van) het misbruik.
 - ▶ Let op dat klachten ook na het bieden van (psychische) zorg in meer of mindere mate aanwezig kunnen blijven of op een later moment kunnen terugkeren, zelfs tot vele jaren na het misbruik. In dergelijke gevallen kan het blijven monitoren of het bieden van (aanvullende) zorg in een later stadium raadzaam zijn.

Kwalitatief onderzoek

Conclusies

De resultaten van de diepte-interviews met ouders laten zien dat de eerste periode na de bekendmaking van de zedenzaak emotioneel heftig en turbulent was voor ouders. De bekendmaking van het seksueel misbruik veroorzaakte een emotionele crisis voor ouders die enkele weken tot maanden duurde en waarin ze in shock verkeerden. Ouders ervoeren in deze periode uiteenlopende emotionele reacties: sommigen voelden zich overspoeld door emoties, terwijl anderen juist emotioneel verdoofd waren en/of fysieke reacties ervoeren. De shock, onzekerheid en overlevingsmodus waarin ouders door het nieuws verkeerden, zorgden ervoor dat zij niet optimaal konden functioneren, terwijl er tegelijkertijd wel hele belangrijke beslissingen genomen moesten worden voor hun kinderen. Wat de Amsterdamse zedenzaak bovendien zo uitzonderlijk maakt, was dat er door de omvang ontzettend veel media-aandacht bij kwam kijken. De media-aandacht had zowel een negatieve als een positieve invloed op ouders. Sommige ouders zagen de maatschappelijke aandacht als een last. Door de media-aandacht voelden ouders zich nog kwetsbaarder wat bijdroeg aan de stress die ze al ervoeren. Andere ouders voelden zich gesteund in hun verdriet en erkend als slachtoffer vanwege de uitgebreide aandacht in de media. Hoewel de ouders het op prijs stelden dat de media de identiteit van de slachtoffers nooit rechtstreeks onthulden, tonen onze resultaten aan dat ouders zelfs het vermelden van de naam van de (hoofd)verdachte en de naam van het kinderdagverblijf ervoeren als een risico op het onthullen van hun betrokkenheid in de zaak. Na seksueel misbruik zijn kinderen en ouders kwetsbaar voor stigmatisering wanneer hun identiteit wordt onthuld. De angst voor stigmatisering kan ouders ervan weerhouden om aangifte te doen bij de politie.

De manier waarop crisishulpverlening is georganiseerd blijkt van grote invloed op de ervaringen van ouders. Ouders uitten zowel positieve als negatieve ervaringen met professionals en de manier waarop de crisishulpverlening was georganiseerd. Om meer grip te krijgen op de situatie hadden ouders na de bekendmaking behoefte aan steun, informatie en expertise van professionals. Ouders wilden worden geraadpleegd over besluiten, worden geïnformeerd over het proces en beleid en als eerste op de hoogte worden gehouden van nieuwe ontwikkelingen in de zaak. Door de omvang van de zedenzaak werd er veel zorg en aandacht besteed aan het opvangen van de gezinnen. Ouders voelden zich daardoor over het algemeen goed ondersteund. Toch bleek dat met name ouders van kinderen bij wie het misbruik niet werd bewezen onvoldoende in hun behoefte werden voorzien. Voor hen voelde de crisishulpverlening minder toegankelijk door de focus op bewezen zaken. Bovendien kon ondanks de uitgebreide zorg niet worden voorkomen dat ouders met (nieuwe) stressvolle situaties geconfronteerd werden.

Aanbevelingen

Hieronder zijn aanbevelingen opgenomen voor professionals die voortvloeien uit de resultaten van het kwalitatieve deelonderzoek. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de rapportages van ouders. Het perspectief van professionals betrokken bij deze zedenzaak is niet meegenomen.

- ▶ Wees alert op de emotionele (shock)toestand waarin ouders verkeren na de bekendmaking van seksueel misbruik van hun kind(eren). Wees hierbij bewust van de diversiteit aan reacties, inclusief de minder voor de hand liggende reacties zoals emotionele verdoving en gevoelens van compassie richting de dader. Professionals kunnen ouders informeren over de verschillende reacties die zij kunnen ervaren en deze normaliseren door middel van psycho-educatie.
- ▶ Houd oog voor de verschillende manieren waarop ouders omgaan met de onzekerheid rondom een zedenzaak (coping-reacties). Ouders kunnen reageren met veel angst, zichzelf geruststellen of de situatie juist bagatelliseren. Let erop dat sommige coping-reacties kunnen leiden tot overmatige angst of valse hoop (gedachten dat het allemaal wel mee zal vallen).
- ▶ Wees ervan bewust dat ouders in overlevingsmodus kunnen zijn na de bekendmaking van het seksueel misbruik, wat gevolgen kan hebben voor hun functioneren op verschillende gebieden. Ouders in de overlevingsmodus hebben geen ruimte voor andere taken dan 'overleven' en hebben wellicht moeite om informatie te verwerken. Alledaagse taken zoals ouder-kind activiteiten kunnen ondergeschikt raken en bepaalde

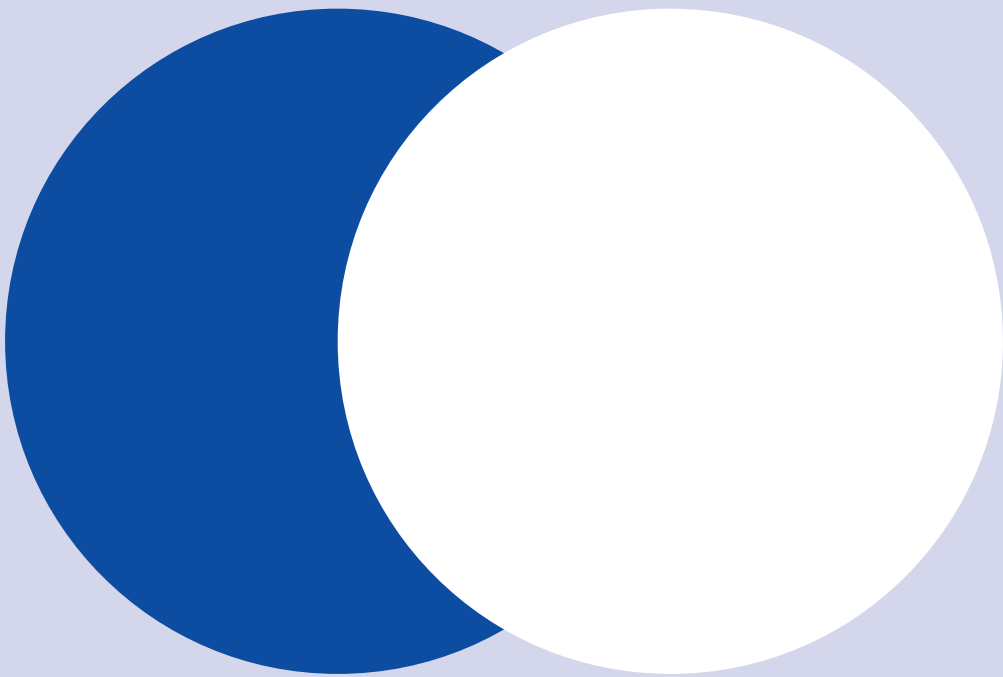
aspecten van hun leven kunnen ouders gaan verwaarlozen, zoals hun gezondheid, hun beroepsmatig- en sociaal functioneren en het huishouden.

- ▶ Verschaf ouders duidelijke en herhaaldelijk informatie. Ondersteun verbale informatie bij voorkeur met geschreven of visuele informatie. Vanwege de shock zijn ouders minder goed in staat om informatie te verwerken en vast te houden.
- ▶ Let bij het contact met ouders op de volgende punten (door ouders gedefinieerd als bepalende factoren voor kwalitatief goede dienstverlening): wees ondersteunend, meelevend en toegankelijk in het contact, zorg voor voldoende kennis van zaken, verstrek tijdig en juiste informatie, en respecteer en bevorder de autonomie van ouders.
- ▶ Wees ervan bewust dat acties van professionals kunnen leiden tot nieuwe stressvolle situaties voor ouders en kinderen, inclusief het politieonderzoek en de medische en psychologische onderzoeken.
- ▶ Ouders geven de voorkeur aan één vaste contactpersoon waar ze te allen tijde terecht kunnen met vragen of zorgen. Ouders zijn niet altijd bekend met alle instanties waar ze mee te maken krijgen als hun kind is misbruikt en zijn soms het spoor bijster. Een vaste contactpersoon vanuit een betrokken instantie, zoals de politie, slachtofferhulp, de gemeente of de GGD, kan ouders begeleiden in het proces, antwoord geven op vragen en/of vragen bij de juiste instantie uitzetten, en ondersteunen in het contact met alle andere betrokken instanties.
- ▶ Biedt alle kinderen en ouders ondersteuning aan, ongeacht het niveau van het bewijs. Ouders en kinderen bij wie het misbruik niet juridisch wordt bewezen, maar die wel zorgen hebben, verdienen dezelfde diensten en ondersteunende benadering als ouders en kinderen bij wie het misbruik juridisch is bewezen.
- ▶ Informeer ouders over het opsporingsonderzoek. Licht ouders voor over hoe zo'n onderzoek verloopt en over welke keuzes zij kunnen maken. Geef ouders zoveel mogelijk de ruimte om hun eigen keuzes te maken in dit proces en respecteer deze keuzes.
- ▶ Informeer ouders zo snel mogelijk over nieuwe ontwikkelingen in de zaak en/of het opsporingsonderzoek, in ieder geval voordat nieuwe informatie met een breder publiek en/of de media wordt gedeeld. Weeg tegelijkertijd zorgvuldig de timing en inhoud van het delen van informatie af. Er is een spanningsveld tussen het delen van elk nieuw stukje informatie, en het wachten tot er meer duidelijkheid is.
- ▶ De media worden verzocht om te handelen op een manier die (een toename van) stress bij de kinderen en ouders tot een minimum beperkt. Zo kan de media voorkomen dat informatie wordt gepubliceerd die de betrokkenheid van de kinderen en ouders zou kunnen onthullen, maar ook

door te allen tijde juiste informatie te publiceren, geen speculaties te doen of ambiguïteit te ventileren, sensatiezucht en verontrustende beelden te vermijden en door herhaling te minimaliseren. De media moeten een zorgvuldige afweging maken tussen de waarde van het informeren van het publiek en het beschermen van het welzijn van de direct betrokkenen.

- ▶ Geef ouders voorlichting over de mogelijke impact van de media-aandacht en ondersteun ouders bij het nemen van beslissingen rondom mediagebruik (zoveel mogelijk afsluiten voor de media of de media gebruiken als informatiebron).

Index



Verantwoording meetinstrumenten

Meetinstrumenten over het (psychisch) welzijn van kinderen

Internaliserende problemen

CBCL:

De Child Behavior Checklist, ofwel CBCL (Achenbach, 1991; Nederlandse vertaling: Verhulst, van der Ende, & Koot, 1996), is een vragenlijst voor het vaststellen van emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen en jongeren van 1½ t/m 18 jaar. Deze lijst wordt in veel Nederlandse (GGZ) instellingen standaard afgenomen en geeft een indicatie of de gesignaleerde psychopathologie zich wel of niet bevindt in de klinische range en op welke klachten en symptomen de behandeling gericht dient te worden. De CBCL wordt ingevuld door ouders/verzorgers, er zijn twee versies beschikbaar voor ouders/verzorgers met kinderen van 1½ t/m 5 en 6 t/m 18 jaar.

Externaliserende problemen

CBCL:

De vragenlijst voor het meten van externaliserende problemen komt overeen met de beschreven vragenlijst onder internaliserende problemen.

Posttraumatische stress

CRIES:

De Children's Revised Impact of Event Scale, ofwel CRIES-13 ouderversie (Children and War Foundation, 1998; Nederlandse vertaling: Verlinden, Olff, & Lindauer, 2005), is een korte vragenlijst waarmee gescreend wordt op de aanwezigheid van (symptomen van) PTSS. De CRIES-13 bestaat uit 13 vragen over herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid. Deze screeningslijst is geschikt voor ouders met kinderen van 3 tot 18 jaar.

Dissociatie

CDC:

De Child Dissociative Checklist, ofwel CDC (Putnam, Helmers, & Trickett, 1993; Nederlandse vertaling: Hartveld & Janssen, 1992), geeft een indicatie voor de aanwezigheid van dissociatieve symptomen. De lijst bestaat uit 20 items verdeeld over 6 domeinen (dissociatieve amnesie, spontane trance, hallucinatie, identiteitsveranderingen, agressie/seksueel gedrag, snelle verschuivingen in houding en vaardigheden). De CDC wordt ingevuld door ouders van kinderen in de leeftijd 5 t/m 14 jaar.

Seksueel (afwijkend) gedrag

CSBI:

De Child Sexual Behavior Inventory, ofwel CSBI (Friedrich, 1997; Nederlandse vertaling: Verlinden & Lamers-Winkelman, 2016), is een seksuele gedragsvragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 38 items en is bedoeld voor het in kaart brengen van seksueel (afwijkend) gedrag bij kinderen van 2 t/m 12 jaar. De vragenlijst wordt ingevuld door de ouder of verzorger van het kind. De CSBI heeft een totaalscore en twee subschalen, te weten Ontwikkelingsgerelateerd Seksueel Gedrag (OSG) en Seksueel misbruik Gerelateerd Gedrag (SGG). De OSG subschaal omvat vragen over seksueel gedrag die veel voorkomen in de normale seksuele ontwikkeling van kinderen van 2 t/m 12 jaar. De leeftijd en het geslacht van het kind bepalen of het gedrag al dan niet zorgelijk is. Een voorbeeld van een vraag uit deze subschaal is 'Probeert naar mensen te kijken als ze naakt zijn'. De SGG subschaal omvat vragen over seksueel gedrag die als atypisch beschouwd kunnen worden. Dergelijk seksueel gedrag kan een verband met seksueel misbruik impliceren, maar kan ook worden beïnvloed door andere kind- of gezinsvariabelen. Een voorbeeld van een vraag uit deze subschaal is 'Vraagt anderen om seksuele handelingen met hem of haar uit te voeren'. De CSBI kan in de klinische praktijk gebruikt worden bij kinderen die al dan niet (vermoedelijk) seksueel misbruik hebben meegemaakt.

Gehechtheid

AISI:

De Attachment Insecurity Screening Inventory, ofwel AISI, is een vragenlijst voor opvoeders over het gehechtheidsgedrag van het kind. De AISI is ontwikkeld en verbeterd door Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam (Polderman, Kellaert-Knol, Storsbergen, Bongaerts, Corts, & de Pagter, 2008; Wissink e.a., 2016). De AISI is geschikt voor kinderen in de leeftijd van 2 t/m 5 en 6 t/m 12 jaar. De vragenlijst bestaat uit 20 items en screent op de aanwezigheid van hechtingsproblemen bij kinderen. Daarnaast kunnen er in een tweede deel tien open vragen over de gehechtheidsrelatie worden ingevuld.

Meetinstrumenten over het (psychisch) welzijn van ouders

Posttraumatische stress

SVL:

De Schokverwerkingslijst, ofwel SVL (oorspronkelijk Impact of Event Scale – Revised (IES-R); Weiss & Marmar, 1997; Nederlandse vertaling: TZP Psychotrauma AMC, 2006; Mouthaan, Sijbrandij, Reitsma, Gersons, & Olf, 2014), meet posttraumatische stressklachten bij volwassenen. De vragenlijst betreft een zelfinvulvragenlijst en bestaat uit 22 vragen over herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid.

Emotionele reacties op het misbruik van hun kind

PERQ:

De Parent Emotional Reaction Questionnaire, ofwel PERQ (Mannarino & Cohen, 1996; Nederlandse vertaling: Diehle, Abrahamse & Lindauer, 2013), is een vragenlijst waarmee de emotionele reacties van ouders op het seksueel misbruik van hun kind kunnen worden gemeten. Ouders vullen de vragenlijst in over zichzelf. De PERQ bestaat uit 15 vragen over reacties als angst, schuldgevoel, boosheid, schaamte en zich van streek voelen. De vragenlijst heeft 3 subschalen: emotionele stress, gevoelens van schaamte en gevoelens van schuld.

Referenties

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3):469-483.
- Children and War Foundation. (1998). *The Children's Revised Impact of Event Scale (13): CRIES-13, parent version*. Gedownload op <https://www.childrenandwar.org/wp-content/uploads/2019/08/CRIES-parent-version-English.pdf>
- Diehle J., Abrahamse, M., & Lindauer, R.J.L. (2013). *Dutch translation of the parent emotional reaction questionnaire (PERQ)*. De Bascule, Amsterdam
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S.J. (2001). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of child sexual abuse*, 9(2):21-40.
- Friedrich W.N. (1997). *Child sexual behavior inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hartveld, G., & Janssen, M. (1992). *Nederlandse vertaling van de Child Dissociative Checklist (CDC)*. VU University Amsterdam, Amsterdam.
- Mannarino, A.P., & Cohen, J.A., (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse* 5(1):105-120.
- Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Reitsma, J.B., Gersons, B.P., & Olf, M. (2014). Comparing screening instruments to predict posttraumatic stress disorder. *PLoS One*, 9(5), e97183.
- Polderman, N., Kellaert-Knol, M.G., Storsbergen H., Bongaerts W.B., Corts M., & de Pagter J.N. (2008). *Handleiding Attachment Insecurity Screening Inventory 2-5 jaar (AISI 2-5 jaar)*. Basic Trust: Haarlem.
- Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Neglect*, 17(6):731-741.
- TZP Psychotrauma AMC (2006). SVL-22. Niet gepubliceerd.
- Verhulst, F.C., Ende, J., & van der Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie Sophia Kinderziekenhuis.
- Verlinden, E., & Lamers-Winkelmann, F. (2016). *CSBI (vragenlijsten over seksueel gedrag bij jonge kinderen)*. Hogrefe: Amsterdam.
- Verlinden, E., Olf, M., & Lindauer, R.J.L. (2005). *Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13), ouderversie*. Beschikbaar op <https://www.childrenandwar.org/wp-content/uploads/2019/08/CRIES-13-parent-version.-Dutch-version.pdf>

Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). *The Impact of Event Scale—Revised*. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (p. 399–411). The Guilford Press.

Wissink, I.B., Colonesi, C., Stams, G.J.J.M., Hoeve, M., Asscher, J.J., Noom, M.J., ... Kellaert-Knol, M.G. (2016). Validity and reliability of the Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) 2-5 Years. *Child Indicators Research*, 9(2), 533–550.

Colofon

De Amsterdamse zedenzaak: resultaten uit wetenschappelijk onderzoek (2013-2018)

Oktober 2021

Dit onderzoek betreft een samenwerkingsverband tussen de afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie (EGZ) van de GGD Amsterdam en de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Amsterdam UMC, locatie AMC. Het onderzoek is nog in volle gang en wordt vooralsnog voortgezet tot 2025. De beschreven resultaten in dit rapport zijn dan ook niet allesomvattend.

Met dank aan alle ouders en kinderen die hebben deelgenomen aan het onderzoek en aan iedereen die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit onderzoek en rapport.

Financiers

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt met financiële steun van de gemeente Amsterdam, de GGD Amsterdam, het Amsterdam UMC - locatie AMC, Pro Juventute, het Netwerk Effectief Jeugdinstel Amsterdam, het ministerie van VWS en het ministerie van JenV.

Auteurs

Eva Verlinden, Esther van Duin, Vionna Tsang, Maj Gigengack, Arnoud Verhoeff, Sonja Brilleslijper-Kater, Ramón Lindauer

Vormgeving

Dirk van der Burgh, Vorm de Stad

Meer lezen?

De resultaten van dit onderzoek zijn ook gepubliceerd in diverse wetenschappelijk tijdschriften.

Contact

communicatie@ggd.amsterdam.nl



