



Nederlands
Jeugdinstituut



**Eindnotitie verkenning mogelijkheden
effectonderzoek naar de behandeling van
slachtoffers van loverboys en mensenhandel**

© **2018 Nederlands Jeugdinstituut** Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft dit rapport geschreven op verzoek van:

ZonMW en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs

Anne Addink
Monique Malmberg

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Telefoon 030 - 230 63 44
Website www.nji.nl
E-mail info@nji.nl

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
	1.1 Aanleiding/achtergrond.....	4
	1.2 Doel en vraagstelling.....	4
	1.3 Proces	5
2	Literatuur verkenning en selectie experts	6
	2.1 Literatuurverkenning	6
	2.2 Conclusie	9
	2.3 Selectie experts	10
3	De behandelprogramma's	11
	3.1 Erkende behandelprogramma's en behandelprogramma's die gestart zijn met het erkenningstraject	11
	3.2 Overig behandelaanbod.....	13
4	Werkbijeenkomst.....	14
	4.1 Presentaties experts.....	14
	4.2 Uitwisseling met de praktijk.....	15
5.	Aandachtspunten bij de opzet en uitvoering van een N=1 studie en de samenwerking met jeugdigen en ouders.	17
	5.1 Selectie casus en probleembeschrijving	17
	5.2 Vastleggen van de behandeling.....	17
	5.3 Design en meetmethodes	18
	5.4 Data-analyse en resultaten	19
	5.5 Rol van de behandelaar	19
	5.6 Samenwerking met jeugdige en ouders.....	19
	5.7 Voordelen gezamenlijk traject	19
6	Conclusies en aanbevelingen.....	20
	6.1 Beantwoording onderzoeksvragen	20
	6.2 Aanbevelingen voor vervolg	21
	Literatuur	22
	Bijlage 1. Overzicht instellingen beoordeeld door de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	24



1 Inleiding

1.1 Aanleiding/achtergrond

Er bestaan in Nederland verschillende opvang- en behandelvarianten voor meisjesslachtoffers van loverboys en mensenhandel. Over de effectiviteit van het behandelaanbod is echter nog weinig bekend.

Het Verwey-Jonker Instituut heeft, in samenwerking met het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), in 2014 een voorstudie uitgevoerd naar methoden voor opvang en behandeling van slachtoffers van loverboys en mensenhandel en naar wat er bekend is over de effectiviteit van deze methoden (Mein e.a., 2014). In de Databank Effectieve Interventies is op dat moment alleen Asja (Fier, 2012) als theoretisch goed onderbouwd opgenomen. De behandelprogramma's voor deze doelgroep zijn verder vaak nog weinig expliciet beschreven en onderbouwd. Om de effectiviteit van de behandelprogramma's te kunnen gaan onderzoeken en verbeteren was het allereerst noodzakelijk dat de behandelmethoden verder werden geëxpliciteerd en onderbouwd.

In 2015 en 2016 hebben zes jeugdhulpaanbieders, met ondersteuning van het Nederlands Jeugdinstituut, een project uitgevoerd waarin zij hun behandelaanbod voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel hebben doorontwikkeld en beschreven. Daarnaast hebben zij op basis van beschikbare praktijkervaring en wetenschappelijke kennis een onderbouwing uitgewerkt van het behandelaanbod (Addink & Foolen, 2016). Hierbij is aangesloten bij het kwaliteitskader van de commissie Azough (2015). Het project heeft geleid tot de beschrijving van vijf behandelprogramma's in de vorm van een handleiding. De behandelprogramma's zijn reeds ingediend of worden in 2018 ingediend bij de Erkenningscommissie Effectieve Jeugdinterventies.

Met het beschrijven en onderbouwen van het behandelaanbod voor meisjesslachtoffers van loverboys en mensenhandel is een belangrijke stap gezet om meer zicht te krijgen op de behandeling en de theoretische effectiviteit van deze behandeling. Onderzoek naar de effecten van de behandelprogramma's is een noodzakelijke vervolgstap om meer kennis te verzamelen over wat werkt bij deze doelgroep en om de hulp aan slachtoffers van loverboys en mensenhandel verder te professionaliseren.

In het project kwamen een aantal aandachtspunten naar voren waarmee rekening gehouden moet worden bij de opzet en uitvoering van een dergelijk vervolgonderzoek:

- De omvang van de doelgroep is klein.
- De zorgprogramma's omvatten een breed aanbod van verschillende activiteiten en interventies op verschillende leefgebieden. Programmaonderdelen worden voor een deel op maat aangeboden.
- De mate van implementatie van de programma's is per instelling verschillend, de programma integriteit is nog niet vastgesteld.

Het ministerie van VWS en ZonMw hebben het Nji gevraagd een verkenning uit te voeren naar de mogelijkheden om de effectiviteit van de behandeling voor deze doelgroep te onderzoeken. In deze notitie doen we verslag van deze verkenning.

1.2 Doel en vraagstelling

Er zijn verschillende manieren om de effectiviteit van een behandeling te onderzoeken, elk met hun eigen voor- en nadelen. De meest stringente test is een '*Randomized Controlled Trial (RCT)*'



(Van Yperen & Veerman, 2008; Langendam e.a., 2013; Versluis, Maric & Peute, 2014). In een dergelijke onderzoeksopzet wordt een experimentele groep (bijvoorbeeld de behandelgroep) vergeleken met minstens één controlegroep (bijvoorbeeld een groep die geen behandeling ontvangt). Een van de belangrijkste voorwaarden van een RCT is dat deelnemers op basis van willekeur worden ingedeeld in een van de onderzoeksgroepen met als doel evenwichtige en vergelijkbare groepen te verkrijgen. Als we de aandachtspunten uit het voorgaande project meenemen, dan lijkt een RCT niet geschikt om de effectiviteit van behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel te onderzoeken. Dit vanwege de beperkte omvang van het aantal slachtoffers van loverboys en mensenhandel en vanwege de diversiteit aan activiteiten binnen een behandelprogramma voor deze meisjes.

Het doel van deze verkenning is dan ook om na te gaan welk ander onderzoeksdesign het meest geschikt is om de effectiviteit van behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel te onderzoeken. De vragen die hierbij beantwoord worden, zijn:

- Welke onderzoeksmethoden zijn (het meest) geschikt om de effectiviteit van de behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel in kaart te brengen? Wat zijn eventuele mogelijkheden en beperkingen van deze methoden?
- Welke wensen, mogelijkheden en voorkeuren hebben praktijkinstellingen?
- Welke criteria hanteren we voor de selectie van de doelgroep en van de behandelprogramma's?

Omdat het gaat om een praktijkonderzoek is het van belang om, naast het beantwoorden van methodologische vragen, ook na te gaan welke vormen van onderzoek aansluiten bij de uitvoeringspraktijk. Te denken valt hier bijvoorbeeld aan de inbedding van de dataverzameling in de alledaagse praktijk en de mogelijkheden om de verzamelde gegevens direct te benutten in de behandeling (Van Yperen & Veerman, 2008).

1.3 Proces

De verkenning is uitgevoerd in de volgende vier stappen:

1. Literatuurverkenning en selectie van experts
2. Selectie behandelprogramma's deelname verkenning/onderzoek
3. Werkbijeenkomst met experts en praktijkinstellingen
4. Rapportage en aanbevelingen voor het vervolg.

In hoofdstuk 2 gaan we in op de literatuur en de selectie van de experts. De selectie en de beschrijving van de behandelprogramma's die deelnamen aan de verkenning beschrijven we in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 volgt een verslag van de werkbijeenkomst. In hoofdstuk 5 presenteren we een aantal aandachtspunten voor de opzet en uitvoering van onderzoek in deze doelgroep en de samenwerking met jeugdigen en hun ouders. Tot slot volgen in hoofdstuk 6 de conclusies en aanbevelingen.



2 Literatuur verkenning en selectie experts

In dit hoofdstuk geven we eerst een overzicht van de resultaten van een korte literatuurverkenning naar geschikte onderzoeksmethoden voor het in kaart brengen van de effectiviteit van behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel. Hierbij is aandacht besteed aan de volgende twee verkenningvragen:

1. Welke onderzoeksmethoden zijn (methodologisch) toepasbaar om de effectiviteit van de behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel in kaart te brengen?
2. Welke onderzoeksvragen kunnen beantwoord worden met de verschillende onderzoeksmethoden?

Deze verkenning wordt gevolgd door een conclusie, waarna we in gaan op de keuze van de experts die we hebben uitgenodigd voor de werkbijeenkomst.

2.1 Literatuurverkenning

Er zijn verschillende manieren om effecten van een behandelprogramma te onderzoeken. De indeling die vaak gehanteerd wordt is onderverdeling in experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek. Daarnaast zijn er ook nog andere vormen van onderzoek naar behandel-effecten.

2.1.1 Experimenteel onderzoek

Er wordt gezegd dat experimenteel onderzoek het meest overtuigende bewijs geeft voor behandel-effecten (bijv. Jadad & Enkin, 2007; Langendam e.a., 2013; Versluis, Maric & Peute, 2014; Van Yperen & Veerman, 2008). Het hoofdkenmerk van experimenteel effectonderzoek is dat de behandeling waar het onderzoek over gaat (de experimentele conditie) wordt vergeleken met een andere behandeling of met een groep waarbij geen behandeling plaatsvindt (de controleconditie). In het ideale geval zijn de proefpersonen willekeurig over de experimentele en de controlegroep verdeeld. We spreken dan van een 'randomized controlled trial' of 'randomized clinical trial' (RCT). Naast de meer traditionele RCT zijn er nog andere vormen van experimenteel RCT effectonderzoek (May & Mathijssen, 2015), zoals:

- ***Cluster randomized trial:*** Bij een cluster trial is de eenheid van toewijzing niet het individu, maar een groep individuen (een cluster), bijvoorbeeld een school, een wijk of een hulpverleningsinstelling. De clusters worden op basis van toeval verdeeld over de experimentele en de controlegroep. Een voordeel van een dergelijke toewijzing is het uitsluiten van spill-over effecten (beïnvloeding tussen deelnemers uit de experimentele groep en de controlegroep). Een nadeel van een dergelijke opzet kan de power zijn, die vooral bepaald wordt door het aantal clusters. Ook de interne validiteit kan bedreigd worden wanneer clusters verschillen op relevante kenmerken.
- ***Comprehensive cohortonderzoek:*** Bij een comprehensive cohortonderzoek hebben we het over een cohortstudie, waarin een RCT is genest. Alle potentiële deelnemers die in aanmerking zouden komen voor een bepaalde interventie worden gevolgd, ongeacht of zij wel of geen informed consent hebben gegeven. De deelnemers die mee willen werken aan de interventie worden toebedeeld aan de interventiegroep op basis van de voorkeur van de onderzoeker of de deelnemer. De onderzoekspopulatie kan in een dergelijke opzet groter zijn dan in een reguliere RCT, wat hogere kosten met zich mee kan brengen. Een ander nadeel is dat resultaten lastiger te interpreteren kunnen zijn vanwege versturende effecten.
- ***Pragmatische trial:*** Een pragmatische trial wordt gekenmerkt door een coulante selectie van deelnemers; er zijn weinig selectiecriteria waar aan voldaan hoeft te worden. Over het algemeen worden in dit soort trials alledaagse, toegankelijke behandelingen onderzocht en



wordt er gekeken naar de gevolgen van deze behandelingen voor de deelnemer. Dit soort trials geeft een goede weerspiegeling van de dagelijkse praktijk. Dit vanwege de keuzes die gemaakt worden en waarmee zo dicht mogelijk aangesloten wordt bij deze alledaagse praktijk.

- *Patient preference trial*: In een patient preference trial wordt bij de toewijzing aan de onderzoekconditie rekening gehouden met de voorkeuren van de deelnemer. Een dergelijke trial kan het werven van deelnemers makkelijker maken en verhoogt de loyaliteit/trouw aan de behandeling, met name wanneer de deelnemers de behandeling van hun keuze krijgen.

Experimenteel onderzoek heeft als voordeel dat het zo zuiver mogelijk het effect van de interventie vaststelt zonder allerlei storende invloeden. Maar het heeft ook zijn beperkingen en het is lang niet altijd haalbaar in de praktijk. Zo is een RCT vooral geschikt voor enkelvoudige behandelprogramma's in een statische werkelijkheid en heeft het een lage generaliseerbaarheid. Daarnaast is het niet altijd mogelijk om deelnemers op basis van willekeur toe te wijzen aan een bepaalde onderzoeksgroep of is het aantal deelnemers niet groot genoeg voor een experimentele opzet. In dergelijke gevallen zal gewerkt moeten worden met een alternatief onderzoeksdesign.

2.1.2 Quasi-experimenteel onderzoek

Bij een quasi-experimentele opzet is er eveneens sprake van een vergelijkingsbasis, maar is er geen sprake van een zuiver experiment (met controlegroep, randomisatie en een voor- en nameting). Grofweg kunnen quasi-experimentele designs onderverdeeld worden in de volgende typen:

- *Pre-experiment*: bij een dergelijke opzet is er geen sprake van randomisatie. Daarnaast is er hoogstens één basis van vergelijking, bijvoorbeeld een voor- en nameting óf een experimentele en controlegroep. Voorbeelden van pre-experimentele designs zijn: 'one-shot case study (bestaande groep, alleen nameting)', 'pretest-posttest design (bestaande groep voor- en nameting)' en 'posttest only (bestaande groepen, alleen nameting)'. Een nadeel van dergelijke designs is dat allerlei externe invloeden de studieresultaten kunnen beïnvloeden en verklaren, zoals selectie- en/of testeffecten, rijping, sensitiviteit en instrumentatie.
- *Quasi-experiment*: Bij een quasi-experimentele opzet is er sprake van meer dan één vergelijkingsbasis. Zo is er wel sprake van een voor- en een nameting met een controlegroep, maar is er geen sprake van randomisatie. Een voorbeeld van een dergelijke onderzoeksopzet is een gecontroleerde voor-na vergelijking. In een dergelijke opzet wordt bij aanvang van het onderzoek een controlegroep gezocht die vergelijkbaar is aan de experimentele groep. In beide onderzoeksgroepen wordt een voor- en een nameting uitgevoerd en vervolgens worden de verschillen tussen de groepen vergeleken. Andere voorbeelden zijn het 'matched design' waarbij met behulp van statistische procedures aan iedere experimentele deelnemer een zo gelijk mogelijke controle deelnemer wordt gekoppeld en het 'regression discontinuity design' waarbij deelnemers worden toegewezen als zij boven een bepaalde drempelwaarde van een variabele uitkomen. Het 'vergelijkend cohortonderzoek' is nog een voorbeeld. Bij dit design wordt het cohort bepaald door een concrete conditie (bijvoorbeeld overgewicht). Deelnemers die de behandeling hebben ondergaan worden vergeleken met deelnemers die de behandeling niet hebben ondergaan. Zij worden beiden gevolgd om te kijken bij wie een vooraf vastgestelde uitkomst optreedt. Een voordeel van dergelijke designs is dat ze een reëler beeld geven van verwachtingen in de praktijk. Nadelen zijn verstoringen en selectie-effecten. Tenslotte is er ook nog het 'case-control onderzoek'. Hierbij worden deelnemers met een bepaalde uitkomst en deelnemers zonder deze uitkomst in het onderzoek opgenomen. Het al dan niet hebben ontvangen van een behandeling is de focus.



Het verschil tussen deze groepen hierin wordt gezien als een maat voor de relatie tussen de behandeling en de uitkomst.

- **Tijdsreeksonderzoek:** In een tijdsreeksonderzoek vinden voorafgaand aan en na afloop van de behandeling meerdere meetmomenten plaats. Deze maken het mogelijk om zicht te krijgen op natuurlijke fluctuaties (omgevingsvariabelen) die niet toe te schrijven zijn aan de behandeling en in additionele behandel-effecten bovenop deze natuurlijke fluctuaties. In een dergelijke onderzoeksopzet kan gekozen worden voor het volgen van één of meerdere groepen (bijv. 'interrupted time series design' of 'control group interrupted time series design').
- **Case studies (N=1 onderzoek):** Kenmerkend voor deze methodiek is dat de toestand van één onderzoeksobject/ deelnemer op meerdere momenten wordt beschreven: voor, tijdens en na de behandeling, maar bijvoorbeeld ook bij het optreden van veranderingen. Het onderzoeksobject kan een cliënt zijn, maar ook een afdeling of organisatie. Er bestaan verschillende soorten N=1 onderzoek. Een narratieve casestudy is een kwalitatieve variant van N=1 onderzoek en biedt beschrijvende informatie over bijvoorbeeld de resultaten van een behandeling voor één cliënt. Er wordt in een dergelijke opzet een gedetailleerde beschrijving gegeven van de casus, de ingezette interventie en waarom en welke ontwikkelingen en resultaten optraden. De 'Single Case Experimental Design (SCED)' is een andere variant van N=1 onderzoek maar dan met metingen. In deze kwantitatieve variant worden bij één cliënt op systematische wijze herhaaldelijk metingen verricht. Dit gebeurt voorafgaand aan en gedurende een behandeling. Met behulp van statistische analysemethoden is het mogelijk om oorzaak-gevolg relaties te bepalen. Door het functioneren van een cliënt in een baseline fase (A: de fase voorafgaand aan de behandeling) te vergelijken met het functioneren in de behandel-fase (B) vormt de cliënt zijn eigen controle (Delsing & Van Yperen, 2017). Dit type onderzoek kan worden gezien als een volwaardig alternatief van of als een goede voorloper voor RCT onderzoek (Bartels, Spreen, Schuringa & Teeken, 2008; Van Yperen & Veerman, 2006). Door het herhalen van het onderzoek bij meerdere cliënten kan de bewijskracht van een enkele casestudie worden vergroot. Als steeds dezelfde resultaten zichtbaar worden, dan is het aannemelijker dat de behandeling hier een rol in speelt. Een herhaalde casestudie kan dan krachtig bewijs leveren voor de effectiviteit van een behandeling. Mogelijke beperkingen zijn het niet hebben van controle over externe variabelen en potentiële observer bias. Voor situaties waarin het niet (altijd) mogelijk is om te beschikken over een baseline fase, zijn er alternatieve mogelijkheden binnen het N=1 onderzoek ontwikkeld. N=1 onderzoek wordt gezien als een onderzoeksopzet die zich goed leent voor praktijkgestuurd onderzoek. De behandelaar kan er de effectiviteit van zijn werk mee monitoren en toetsen. Naast de vraag of de behandeling effectief is, kunnen ook vragen naar de werkingsmechanismen worden beantwoord met N= 1 studies. Het onderzoek volgt gedetailleerd het unieke verloop van de veranderingen bij een cliënt. Door tegelijkertijd goed te registreren welke verrichtingen (behandeling) er gedurende het proces plaatsvinden, kunnen potentiële componenten geïdentificeerd worden die leiden tot een verandering in klachten (Delsing & van Yperen, 2017; Versluis, et al., 2014).

2.1.3 Andere vormen van onderzoek

Naast de hierboven beschreven onderzoeksmethodieken, zijn er nog een aantal methoden die ingezet kunnen worden om zicht te krijgen op effecten van behandelprogramma's. Hierbij denken wij aan:

- **Niet-experimenteel veranderingsonderzoek:** bij dit type onderzoek worden kenmerken van deelnemers voor en na de behandeling gemeten. Het verschil tussen de voor- en nameting geeft dan een indicatie van effectiviteit van de behandeling. Ook kan men de uitkomsten



vergelijken met een externe norm (ook wel norm gerelateerd veranderingsonderzoek genoemd).

- Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek: hierin staat de vraag centraal wat de kwaliteit van een behandeling is, zonder dat er een vergelijking met een andere deelnemer of groep die geen behandeling hebben gehad plaatsvindt. Te denken valt aan vragen als: hoe tevreden zijn deelnemers, in welke mate zijn doelen behaald, in welke mate voldoet de behandeling aan kwaliteitsdoelen en hoeveel deelnemers haken af? Een belangrijk middel om de kwaliteit in de jeugdsector te toetsen, te verbeteren en te borgen is monitoring. Dit houdt in dat er regelmatig gegevens worden verzameld die professionals en beleidsmakers een beeld geven van wat er goed gaat en van wat er beter kan.

2.2 Conclusie

Zoals eerder bij de aanleiding voor deze verkenning beschreven, komen uit de praktijk de volgende aandachtspunten naar voren die van belang zijn bij de opzet en uitvoering van vervolgonderzoek, namelijk:

- De kleine omvang van de doelgroep. Uitgaande van de definitie van slachtoffers van loverboys en mensenhandel volgens de commissie Azough (2014) behandelen instellingen tussen de 4 en 10 slachtoffers per jaar (Addink & Foolen, 2016).
- De diversiteit aan activiteiten. De behandelprogramma's bieden een breed aanbod van verschillende activiteiten en interventies op verschillende leefgebieden. Ook worden programmaonderdelen voor een deel op maat aangeboden.
- De implementatiegraad. De mate van implementatie van de programma's is per instelling verschillend, de programma integriteit is nog niet vastgesteld.

Als we bovenstaande aandachtspunten naast de verschillende onderzoeksmethoden leggen, dan moeten we concluderen dat de meeste methoden niet toepasbaar zijn voor het evalueren van de effectiviteit van de behandelprogramma's voor deze doelgroep. Zo vragen de experimentele methoden grotere aantallen deelnemers en/of een meer gestandaardiseerd behandelprogramma. Ook tijdsreeksonderzoek waarin gekeken wordt naar veranderingen in groepen is vanwege de kleine doelgroep minder geschikt. Het niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek is waardevol voor het ophalen van indicaties van effectiviteit, maar biedt geen zicht op oorzaak-gevolg relaties. Zo kan het niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek helpen om inzicht te krijgen in de resultaten van een hulpverleningstraject, maar kun je niet afleiden of dit aan de interventie ligt. Hetzelfde geldt voor niet-experimenteel veranderingsonderzoek. Dit type onderzoek stoelt op de vergelijking van kenmerken van deelnemers voor en na behandeling. De verschilscore tussen de voormeting en de nameting geeft een indicatie van verandering. Je kunt echter niet afleiden of dit aan de behandeling ligt of aan bijvoorbeeld natuurlijke fluctuaties of externe factoren.

De meest geschikte onderzoeksmethode voor het kijken naar behandel-effecten bij slachtoffers van loverboys en mensenhandel lijkt de casestudie oftewel het N=1 onderzoek. Het tijdsreeksonderzoek binnen een enkele case zou hier een variant op kunnen zijn. Het geringe aantal potentiële deelnemers en de diversiteit aan behandelactiviteiten is hier geen beperking. Daarnaast heeft deze onderzoeksmethode het voordeel dat de behandelingsactiviteiten heel goed gedocumenteerd moeten worden, waardoor de implementatiegraad ook inzichtelijk wordt. Aandachtspunt voor de huidige doelgroep is echter wel dat er over het algemeen geen baseline fase mogelijk is.



2.3 Selectie experts

Op basis van de uitkomsten van de korte literatuurverkenning hebben we twee experts gezocht die veel kennis en ervaring hebben in het uitvoeren van N=1 onderzoek. De eerste expert, Marija Maric, is werkzaam als universitair docent aan de universiteit van Amsterdam en is daarnaast cognitief gedragstherapeut VGCT. Een van haar kernthema's richt zich op de effecten van jeugdinterventies. Hiertoe gebruikt zij zowel RCT als N=1 onderzoek. Zij verzorgt onderwijs op dit gebied en zij traint therapeuten in het gebruik van N=1 onderzoek om de individuele voortgang van cliënten in kaart te brengen. Daarnaast stuurt zij meerdere herhaalde N=1 onderzoeksprojecten aan. De tweede expert, Marinus Spreen, is Lector bij NHL Stenden Hogeschool en werkzaam bij/geeft leiding aan de afdeling onderzoek van bij de Mesdag kliniek in Groningen. Een van zijn belangrijkste onderzoekslijnen is de behandel-evaluatie op individueel niveau.

In plaats van het selecteren van een derde expert op het gebied van N=1 onderzoek, hebben we op verzoek van ZonMw en VWS gekeken naar een inspirerende aanpak bij het doen van onderzoek in een complexe doelgroep. Hiertoe hebben we de derde expert, Christine Dedding, geselecteerd. Christine is universitair hoofddocent bij de vrije universiteit Amsterdam en is daarnaast bezig met haar eigen bedrijf de 'participatietafel'. Zij houdt zich bezig met participatie en co-creatie als methoden om complexe vraagstukken te benaderen en probeert daarmee (alle) betrokken partijen een stem te geven bij het formuleren van problemen en oplossingen. Vanuit het werken met deze thema's heeft zij ervaring opgedaan met het uitvoeren van participatieve evaluatie.



3 De behandelprogramma's

Naast de instellingen die deelnamen aan het project 'beschrijven en onderbouwen van het behandelaanbod voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel' worden in Nederland ook door andere instellingen behandelprogramma's aangeboden voor de doelgroep. Voor deze verkenning zijn de instellingen benaderd met een behandelprogramma voor de doelgroep dat is opgenomen in de Databank Effectieve Interventies Jeugd of instellingen die gestart zijn met het erkenningstraject voor een behandelprogramma voor de doelgroep.

In dit hoofdstuk geven we eerst een overzicht van de erkende behandelprogramma's en behandelprogramma's die gestart zijn met het erkenningstraject. Aan de hand van telefonische gesprekken is geïnventariseerd hoeveel (vermoedelijke) slachtoffers er ongeveer per jaar worden behandeld, wat de stand van zaken is met betrekking tot het erkenningstraject en in welke mate het behandelprogramma wordt uitgevoerd zoals beschreven in het handboek. Daarna gaan we kort in op het overige behandelaanbod in Nederland.

3.1 Erkende behandelprogramma's en behandelprogramma's die gestart zijn met het erkenningstraject

In totaal hebben zeven jeugdhulpaanbieders acht behandelprogramma's ingediend bij de erkenningscommissie effectieve interventies (zie tabel 1). Dit betekent dat het behandelprogramma in ieder geval is beschreven in een handboek en dat de theoretische onderbouwing gereed is of dat hieraan wordt gewerkt.

Alle behandelprogramma's bieden residentiële zorg met een ambulante vervolgfase, alleen PINQ Crisisopvang betreft een crisis interventie. Alle programma's hebben een duidelijke fasering met een variërende tijdsduur en bieden een breed aanbod van (erkende)interventies. Een deel van de interventies wordt structureel ingezet en een deel wordt individueel en op maat aangeboden. Tussen de behandelprogramma's bestaan verschillen in de interventies die worden aangeboden. Belangrijke thema's in de behandeling van alle programma's zijn: traumabehandeling, hechting, vergroten eigenwaarde en zelfbepaling, gezonde relaties, seksualiteit en intimiteit, (herstel van) relaties met ouders en netwerk. Bij alle programma's is een veilig leefklimaat onderdeel van het programma-aanbod. Bij de meeste behandelprogramma's is de leefgroep samengesteld uit uitsluitend meisjes. Bij het EgoVersterkende behandelprogramma zijn op de leefgroep ook jongens opgenomen. Onderdelen van de behandeling zijn wel uitsluitend gericht op meisjes.

De behandelprogramma's zijn alle acht gericht op meisjes. De verschillende jeugdhulpaanbieders richten zich meestal op een bredere groep meiden die kwetsbaar zijn en/of meiden die in andere afhankelijkheidsrelaties slachtoffer zijn van misbruik. De slachtoffers van loverboys en mensenhandel vormen vaak een subgroep binnen de doelgroep die met het behandelprogramma wordt beoogd.

Ten tijde van de verkenning zijn vijf programma's beoordeeld door de erkenningscommissie Effectieve Interventies Jeugd. Drie programma's zijn erkend als goed onderbouwd, één programma is onder voorbehoud erkend en één programma is niet erkend. De meeste jeugdhulpaanbieders verwachten dat de uitvoering van het behandelprogramma (op onderdelen) overeenkomt met de beschrijving in het handboek. Bij een aantal behandelprogramma's zijn veel nieuwe elementen ontwikkeld en toegevoegd bij het beschrijven en onderbouwen. De verwachting is dat deze programma's nog niet volledig geïmplementeerd zijn.



Tabel 1. Overzicht van de behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel in erkenningstraject

Organisatie	Behandelprogramma	Soort behandelprogramma	Stand van zaken erkenningstraject (28-02-2018)	Programma integriteit (eigen beoordeling instelling)	Inschatting aantal (vermoedelijke) slachtoffers per jaar (2017)		
					feitelijk	vermoed	totaal
Fier Friesland	Asja	Residentiele behandeling in open setting (high intensive care & high safety)	Erkend als goed onderbouwd (2012). Start traject herbeoordeling (2018)	Het handboek is recent aangepast op basis van de doorontwikkeling de praktijk. Het zorgprogramma wordt uitgevoerd zoals beschreven.	35	34	69
Transferium Jeugdzorg - Parlan	Ego Versterkend behandelprogramma	Residentiele behandeling in gesloten setting	Onder voorbehoud erkend als goed onderbouwd.	De implementatie van het handboek is gestart. In sessies met professionals wordt de praktijk ingericht en dit wordt maandelijks geëvalueerd.			6
De Rading	Fides	Residentiele behandeling in open setting	In voorbereiding, programma is beschreven en wordt onderbouwd.	De uitvoering is naar verwachting op de meeste onderdelen conform de handleiding. Het handboek is een beschrijving van de praktijk.			3
Horizon	Hestia	Residentiele behandeling in gesloten setting	In voorbereiding, programma is beschreven en wordt onderbouwd.	Het methodiekboek is een beschrijving van de uitvoeringspraktijk. De verwachting is dat er geen grote verschillen zijn tussen uitvoering en handboek.			21
Spiri t- Meisa	Pinq Crisisopvang	Crisisopvang	Erkend als goed onderbouwd.	De beschrijving in het handboek is gebaseerd op de praktijk. De verwachting is dat de uitvoering overeenkomt met de beschrijving. Het is niet onderzocht.			23
Spirit - De koppeling	Pinq gesloten jeugdzorg	Residentiele behandeling in gesloten setting	Erkend als goed onderbouwd.	Er is bij de beschrijving in het handboek veel ontwikkeld en veranderd. De verwachting is dat dit nog niet volledig is geïmplementeerd	8	13	21
Pluryn - Intermetzo	Safe and Sound	Residentiele behandeling in open en gesloten setting	In voorbereiding, programma is beschreven en wordt - onderbouwd.	Het programma wordt op verschillende locaties uitgevoerd. De implementatie is net op alle locaties even ver.	19	47	66
Kompaan en de Bocht	Veilig Lima	Residentiele behandeling in open setting	Niet erkend.	Met de beschrijving in het handboek zijn nieuwe elementen toegevoegd of nader beschreven. Nog niet alles wordt uitgevoerd zoals beschreven.			8

Het aantal slachtoffers dat wordt opgevangen verschilt per behandelprogramma. Om een beeld te krijgen van de omvang van de doelgroep is aan de instellingen gevraagd om een inschatting te maken van het aantal feitelijke en vermoedelijke slachtoffers die in 2017 behandeld zijn in het behandelprogramma (zie tabel 1). Bij de inventarisatie is de doelgroepbeschrijving van de commissie Azough gevolgd. We spreken van een feitelijk slachtoffer als het meisje erkent heeft slachtoffer te zijn van een loverboy/mensenhandelaar of als er feiten zijn die hier op wijzen. Er wordt gesproken van een vermoedelijk slachtoffer als er signalen zijn die wijzen op mogelijk slachtofferschap. Een meisje erkent het in dat geval niet, maar er zijn wel sterke aanwijzingen. De commissie Azough maakt onderscheid tussen slachtoffers (feitelijk en vermoedelijke slachtoffers) enerzijds en meisjes en jongens die een verhoogd risico lopen op slachtofferschap (potentiële slachtoffers) anderzijds. Bij een potentieel slachtoffer is er sprake van één of meerdere risicofactoren, waardoor iemand een verhoogd risico loopt om slachtoffer te worden. Het onderscheid tussen de drie groepen is in de praktijk niet altijd makkelijk vast te stellen. De potentiële slachtoffers zijn niet meegenomen in deze verkenning.

3.2 Overig behandel aanbod

In Nederland zijn er naast bovenstaande behandelprogramma's nog andere behandelprogramma's van jeugdhulpaanbieders voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel. De inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd heeft in 2017 in het kader van toezicht geïnventariseerd welke jeugdhulpaanbieders gespecialiseerde residentiële opvang bieden aan (vermoedelijke) meisjesslachtoffers van loverboys/mensenhandel. Uit de inventarisatie van de inspectie blijkt dat ook SJSKJ Almata, Bijzonder Jeugdwerk, Jeugdformaat, Timon en OG Heldringstichting behandeling bieden aan de doelgroep. Bijlage 2 geeft een overzicht van deze behandelprogramma's. Deze instellingen hebben niet deelgenomen aan de huidige verkenning. Daarnaast zijn er ook jeugdhulpaanbieders met een ambulante aanbod voor de doelgroep en/of een aanbod voor jongensslachtoffers. Ook deze zijn niet meegenomen in de huidige verkenning.



4 Werkbijeenkomst

Op donderdag 8 februari 2018 is er een werkbijeenkomst georganiseerd met de eerder genoemde experts en vertegenwoordigers van de praktijkinstellingen uit tabel 1. In deze werkbijeenkomst zijn de geselecteerde onderzoeksmethoden verder verkend met elkaar. Doel van de bijeenkomst was een diepgaander inzicht in de potentiële opbrengst(en) van de onderzoeksmethoden en de haalbaarheid en randvoorwaarden in de praktijk. In het eerste gedeelte van de bijeenkomst hebben de drie experts een presentatie gegeven. Na iedere presentatie was er ruimte voor een korte discussie. Dit hoofdstuk geeft een verslag van deze werkbijeenkomst.

4.1 Presentaties experts

4.1.1 Single-casestudies in de jeugd klinische praktijk – Marija Maric

De eerste presentatie van Marija Maric ging over single-cases experimental design studies (SCEDs) bij jeugd in de klinische praktijk. Het design biedt mogelijkheden om uitspraken te doen over effectiviteit, zeker als er meerdere casestudies (N=9) worden uitgevoerd. Daarnaast biedt het design de mogelijkheid om naast het evalueren van de uitkomsten van een interventie ook zicht te krijgen op het werkingsmechanisme van een interventie. Vragen die met singel casestudies beantwoord kunnen worden zijn: Werkt de interventie bij deze cliënt?, Hoe werkt het?, Welke veranderingen vallen mij op?, Voor wie werkt dit wel en voor wie niet?, Welke delen van mijn behandeling werken het beste (en bij welke cliënt)? en Hoe kan ik het beste volgen hoe het met mijn cliënt gaat? Het design biedt mogelijkheden in het uitvoeren van idiosyncratische metingen (bijvoorbeeld bij maatwerk) en sluit aan bij het behandeltraject zoals dit in de praktijk wordt uitgevoerd. Veranderingen in cliënt-specifieke klachten kunnen worden gevolgd. Het onderzoeksdesign kan verschillend worden ingevuld. Noodzakelijke elementen om uitspraken over oorzaak-gevolg relatie te kunnen doen, zijn:

- Duidelijk gedefinieerde fasen waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen een baseline fase (A) waarin nog geen behandeling plaatsvindt en een behandelfase (B).
- Frequente metingen in alle fasen.
- Het gebruik van instrumenten die gevoelig zijn voor het waarnemen en in kaart brengen van verandering.

Naast de mogelijkheden van dit design zijn er ook een aantal beperkingen. Een belangrijk aandachtspunt is de haalbaarheid in de praktijk van het experimenteel design. Een baselinemeting is lastig te realiseren bij deze doelgroep. Meisjes komen doorgaans pas in beeld wanneer zij opgenomen worden en de opname maakt onderdeel uit van de behandeling. Andere aandachtspunten zijn de (hoge) frequentie van de metingen en dat het aantal veranderingen dat bekeken kan worden beperkt is. Voor een herhaalde casestudie is het van belang dat er sprake is van een heterogene groep en een heteroog behandel aanbod.

4.1.2 N=1 onderzoek: resultaten meten met het netwerk – Marinus Spreen

In de tweede presentatie van Marinus Spreen stond het doen van N=1 onderzoek in een praktijkinstelling centraal. De experimentele designs zijn in de praktijk vaak niet haalbaar door o.a. de strenge eisen, de vele meetmomenten, de complexe statistiek, het belang van baselinefase en een vaststaande behandeling. Naar aanleiding van de beperkingen die een single-casestudie met een experimenteel design met zich meebrengt in de dagelijkse praktijk is er gekeken naar een alternatief: een systemisch design. In dit design worden de vele meetmomenten vervangen door personen uit het netwerk van de cliënt rond één tijdstip retrospectief te bevragen over het gedrag van de cliënt/patiënt. Wanneer er meer overeenstemming is tussen de cliënt/patiënt en zijn netwerkleden, is het aannemelijker dat het



ook het daadwerkelijke gedrag is. Anders is gedrag mogelijk context afhankelijk of zijn het slechte items. De resultaten geven tegelijkertijd input aan de individuele behandeling van de cliënt/patiënt. Het design biedt een werkwijze voor professionals die zicht willen krijgen op het effect van hun therapeutische ingrepen zonder dat ze hun praktijk te veel moeten aanpassen aan het onderzoek (naturalistisch onderzoek). Het design is bruikbaar is voor het evalueren van interventies en het opbouwen van expertise in de eigen caseload. In combinatie met een SCED opzet (AB design) kan het systemisch design ook effecten aantonen. Het voordeel is dan dat er minder meetmomenten nodig zijn en dat het netwerk actief bij de behandeling wordt betrokken.

4.1.3 Participatieve-responsieve evaluatie. Hoe weten we dat we het goede meten? - Christine Dedding

In de derde presentatie van Christine Dedding volgde een introductie in participatieve-responsieve evaluatie. Deze aanpak stoelt zich op het recht van cliënten om actief deel te nemen aan en hun mening te geven over ziekte, gezondheid en behandeling. Het is belangrijk om waarde te hechten en recht te doen aan de perspectieven van iedereen. Een dergelijke aanpak vraagt moed en flexibiliteit, maar kan mooie inzichten en resultaten opleveren. Participatieve evaluatie kenmerkt zich door een cyclisch proces waarin je samen van en met elkaar leert. Op basis van een participatieve evaluatie kan er geen uitspraak gedaan worden over effectiviteit van de behandeling. Het geeft wel inzicht in wat betrokkenen (jeugdigen, ouders, professionals) belangrijke uitkomsten van een behandeling vinden; vinden zij of ervaren zij bijvoorbeeld dat de behandeluitkomsten zijn behaald en wat heeft daar volgens hen aan bijgedragen. Tevens wordt de vraag gesteld of er überhaupt een zuiver effect kan worden vastgesteld in deze doelgroep, gezien de complexe problematiek van de meiden en de meervoudige behandeling die dit vraagt.

4.2 Uitwisseling met de praktijk

In het tweede gedeelte van de bijeenkomst is door de vertegenwoordigers van de praktijkinstellingen en de experts verkend a) wat de voor- en nadelen zijn van de gepresenteerde onderzoeksmethoden, b) welke onderzoeksvragen belangrijk zijn voor de praktijk (voor jongeren en ouders, voor professionals en voor organisaties), en c) wat belangrijke do's en dont's zijn bij onderzoek in de praktijk. De deelnemende instellingen hebben aangegeven dat zij graag meewerken aan een onderzoek naar de behandeling van slachtoffers van loverboys en mensenhandel.

4.2.1 Mogelijkheden en beperkingen onderzoeksmethoden

Met de deelnemers is geïnventariseerd wat mogelijkheden en beperkingen zijn van de gepresenteerde onderzoeksmethoden. De conclusie van de bijeenkomst was dat een gecombineerde aanpak de meeste informatie oplevert. Het wetenschappelijk design van SCED is sterk maar niet zonder meer toe te passen in de praktijk. Een baseline meting is niet haalbaar. De systemische N=1 kan hier een alternatief voor zijn. De participatieve evaluatie of de uitgangspunten hiervan kunnen deel uit maken van een N=1 onderzoek. Deelnemers vinden het waardevol om de vraag wat een succesvolle behandeling is vanuit verschillende perspectieven te beantwoorden: Wanneer is de behandeling geslaagd volgens de jeugdige, volgens ouders en volgens de professional? Deze vraag wordt in de praktijk niet altijd expliciet gesteld.

4.2.2 Belangrijke onderzoeksvragen voor de praktijk

Er zijn in de bijeenkomst een groot aantal onderzoeksvragen geformuleerd die van belang zijn voor de praktijk. Veel vragen hebben betrekking op wat het beste werkt in de behandeling en voor welke meiden wat werkt. Hierbij wordt onder andere gedacht aan de samenstelling van de groep, open of gesloten groepen en de competenties van professionals. Het gaat vaak om vragen



als: hoe de behandeling het beste eruit kan zien? Hoe krijgen de ouders weer vertrouwen in de meiden? Hoe krijgt een professional inzicht in de voortgang? of Hoe zorg je ervoor dat ook op langere termijn de behandeling beklijft? Maar ook om vragen als: wanneer krijgt een jongere vrijheden? en Wanneer is zij klaar voor een vervolgplek? Een belangrijke vraag die in de bijeenkomst naar voren kwam, is wat de jongeren zelf willen bereiken en leren. Wat verwachten zij van de behandeling en op welke uitkomsten hopen zij? Wanneer vinden zij de behandeling een succes? De deelnemers geven aan dat het vooral belangrijk is om de kennis te vergroten over de behandeling aan de meiden: wat werkt voor wie?

4.2.3 Do's en dont's bij de uitvoering van het onderzoek

Vanuit het perspectief van jongeren en ouders, professionals en organisaties is door de deelnemers verkend wat behulpzaam is en wat niet bij de uitvoering van onderzoek in de praktijk. In onderstaande tabel zijn de genoemde aandachtspunten weergegeven.

Do's	Dont's
<p><i>Jongeren/ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Normaliseren: meten hoort erbij - Vaste meetmomenten - Duidelijk en van tevoren inplannen, bespreken - Outreachend - 1 op 1 - Eenvoudig taalgebruik, eigen taal, visueel maken - Doel helder maken - Resultaat delen - Succes vieren - Beloning voor jongeren duidelijk maken: wat levert het op? - Leuk (vorm) - Flexibel - Onderdeel van behandelplan bespreking 	<p><i>Jongeren/ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Te veel vragen - 'door drammen' - Als groep afnemen - Verplichten
<p><i>Professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumenten gebruiken waar professionals en cliënten in de praktijk direct iets aan hebben - Duidelijke introductie van het doel en het belang - Draagvlak creëren - Instrumenten meenemen in behandeltraject/doelen 	<p><i>Professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Neerleggen bij professional zonder dat doel bekend is of weet wat je er mee kunt.
<p><i>Organisaties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beloning - Goed geïnformeerd - Privacy - Terugkoppeling - Persoonlijk contact/werkrelatie - Essentie meten: wat wil je bereiken? 	<p><i>Organisaties</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Veel vragenlijsten - Teveel vasthouden aan wetenschappelijk onderzoek - Meten om te meten



5. Aandachtspunten bij de opzet en uitvoering van een N=1 studie en de samenwerking met jeugdigen en ouders.

In dit hoofdstuk hebben we een aantal aandachtspunten op een rij gezet die van belang zijn bij de opzet en de uitvoering van praktijkgestuurd N=1 onderzoek naar de behandeling van slachtoffers van loverboys en mensenhandel. We hebben de wijze waarop de samenwerking met jeugdige en ouders vorm kan krijgen hierbij meegenomen.

5.1 Selectie casus en probleembeschrijving

Bij een N=1 onderzoek wordt minimaal één casus geselecteerd die vanaf het eerste contact wordt gevolgd. Bij de behandeling voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel is het eerste contact meestal gecombineerd met de opname in de behandelinstelling. Aandachtspunten bij de selectie zijn o.a. de instemming van het meisje en haar ouders met het onderzoek en of het meisje voldoet aan de doelgroep beschrijving. Naast het vragen van toestemming aan de jeugdige en ouders is het wenselijk om cliënten te bespreken of en op welke manier het onderzoek kan worden vormgegeven binnen het behandelprogramma.

Door bij een instelling meerdere cases te selecteren is een herhaalde N=1 studie mogelijk. De bewijskracht van een N=1 studie kan op deze manier worden vergroot.

Onderdeel van het N=1 onderzoek is een geanonimiseerde beschrijving van de casus van de cliënt. Het gaat hierbij o.a. om demografische informatie, de aard en ernst van klachten, de aard en ernst van de bedreiging, de geschiedenis en ontwikkeling van de cliënt en het netwerk en eventueel eerdere interventies. Deze informatie wordt doorgaans in de eerste diagnostische fase van de behandelprogramma's al verzameld.

5.2 Vastleggen van de behandeling

Het doel en de inzet van de verschillende fasen in de behandeling moeten worden geregistreerd en beschreven, evenals alle verrichtingen die worden gedaan. Dit betekent dat gedetailleerd wordt vastgelegd wanneer elke fase start en welke interventies op welk moment worden ingezet. Dit is nodig om bij de analyse te kunnen nagaan of veranderingen in de metingen samengaan met de inzet van interventies. Het handboek waarin de instellingen hun aanbod hebben beschreven is hierbij behulpzaam. Individueel maatwerk, tussentijdse wijzigingen en aanpassingen kunnen aanvullend worden beschreven. Hiermee ontstaat tegelijkertijd een beeld of en wanneer de behandeling conform het handboek wordt uitgevoerd.

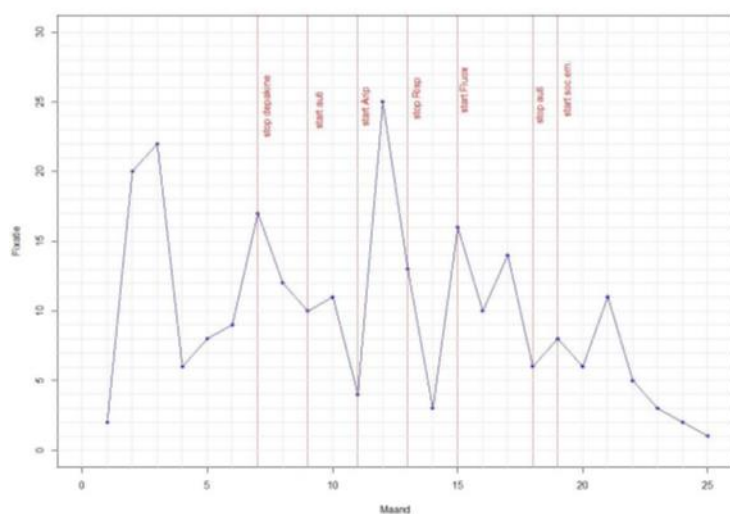
Het doel en de inzet van behandeling wordt in overleg met de jeugdige en ouders bepaald. De vraag wanneer jeugdige en ouders de behandeling succesvol vinden biedt een waardevolle aanvulling bij de keuze voor de uitkomstmaten. Deze vraag kan individueel in de betreffende casus worden beantwoord. Een andere optie is om deze vraag uitgebreider te verkennen in gesprekken of andere werkvormen bij jeugdigen en ouders. Dan is er meer tijd, ruimte en vrijheid om dit onder woorden te brengen.



De behandelprogramma's van de deelnemende instellingen zijn niet gelijk. Dit betekent dat het alleen mogelijk is om een herhaalde casestudie uit te voeren door binnen één behandelprogramma meerdere cases te includeren.

5.3 Design en meetmethodes

Het SCED-design geeft de beste indicatie voor effectiviteit van een behandeling. Een van de voorwaarden voor dit design is het inrichten van een baseline fase. In de praktijk is dit voor de betreffende doelgroep (vaak) niet haalbaar. Hierdoor is het nodig om te kijken naar alternatieven die het SCED-design zoveel mogelijk benaderen. Een mogelijk alternatief is de systemische benadering waarbij meerdere informanten om informatie wordt gevraagd. Ook zou retrospectief informatie kunnen worden opgehaald. Ook kan het door systematisch en regelmatig te meten in de verschillende behandel fases mogelijk gemaakt worden om patronen te verkennen en hypothesen te vormen over de invloed van behandelcomponenten bij cases waar geen baseline fase mogelijk is (zie figuur 1).



Figuur 1 voorbeeld van metingen bij 1 persoon met meerdere behandelmethoden zonder baseline.

De metingen kunnen worden verricht met gestandaardiseerde schalen of gepersonaliseerde items. Belangrijk is om voor de frequente metingen niet te veel items te gebruiken om de cliënten gemotiveerd te houden. Een uitgebreidere uitvraag zou dan bijvoorbeeld op een aantal momenten plaats kunnen vinden. Het personaliseren van de items kan ook motiverend werken voor cliënten, omdat het dan meer aansluit bij hun unieke problematiek. Er zijn verschillende mogelijkheden om dergelijke metingen in kaart te brengen. Te denken valt bijvoorbeeld aan het gebruik van de 'daily report scale' (DRS), de 'visual analogue scale' (VAS), de 'experience sampling method' (ESM) of het gebruik van 'ecological momentary assesment' (EMA).

De uitkomstmaat voor de behandeling van slachtoffers van loverboys en mensenhandel is nog niet geoperationaliseerd. Met de behandeling wordt over het algemeen een groot aantal doelen beoogd. De keuze van de instrumenten of de items is hier van afhankelijk. Ook de duur van het onderzoek hangt hier mee samen. Om bijvoorbeeld na te gaan of revictimisatie plaatsvindt na de behandeling is een longitudinale onderzoeksopzet nodig, waarin ook na afloop van de behandeling gegevens worden verzameld.



5.4 Data-analyse en resultaten

Afhankelijk van het gekozen design en de kwaliteit van de metingen kunnen statistische analyses worden uitgevoerd. Vragen die kunnen worden beantwoord, zijn: Welke patronen zijn zichtbaar?, Is er een relatie tussen veranderingen in de uitkomstmaat bij de cliënt en verrichtingen die gedaan zijn gedurende het behandelproces? en Welke (positieve en negatieve) veranderingen worden zichtbaar? Er kan een verschil zijn tussen de (eind) resultaten volgens de behandelaar en de resultaten volgens de cliënt. Het is waardevol om gezamenlijk de resultaten en de interpretatie er van te bespreken.

5.5 Rol van de behandelaar

De behandelaar heeft een belangrijke rol bij N=1 onderzoek. De onderzoeksmethode is namelijk ingebed in het behandelproces. De dataverzameling vindt dan ook grotendeels door de behandelaar plaats. Binnen de verschillende behandelprogramma's zijn steeds meerdere professionals betrokken. Het is belangrijk om duidelijk af te spreken wie het N=1 onderzoek uitvoert. Een samenwerking met een ervaren N=1 onderzoeker die helpt de studie uit te voeren en gegevens over (meerdere) cliënten te analyseren, lijkt wenselijk. Een goede kwaliteit van de opzet en uitvoering van het onderzoek is belangrijk om de resultaten te kunnen duiden. Belangrijk is om goed na te gaan of jongeren en ouders zich in deze opzet voldoende vrij voelen om de vragen naar eigen inzicht te beantwoorden.

5.6 Samenwerking met jeugdige en ouders

Samenwerking met jeugdige en ouders krijgt onder andere vorm in de behandeling. Beslissingen over de behandeling worden als het goed is in samenspraak met jeugdige en ouders genomen. Deelname aan het onderzoek is ook een gezamenlijk besluit. Er zijn daarnaast nog andere mogelijkheden om de jeugdige en ouders een rol te geven in de uitvoering van het onderzoek. Zo kunnen jeugdigen en ouders bij de voorbereiding van het onderzoek in de instelling betrokken worden door het samen in gesprek gaan over de wensen, opzet en uitvoering van het onderzoek.

5.7 Voordelen gezamenlijk traject

Een (herhaalde) N=1 studie wordt binnen een instelling afzonderlijk uitgevoerd. Een herhaalde N=1 studie met cases uit verschillende instellingen is niet haalbaar omdat het behandel aanbod (op onderdelen) verschilt. Het gezamenlijk analyseren van de resultaten van de afzonderlijke N=1 studies kan echter wel waardevolle informatie opleveren. Er kunnen bijvoorbeeld overeenkomstige resultaten zijn die een bepaalde richting in wijzen. Het behandel aanbod is op onderdelen vergelijkbaar. Door de conclusies van de afzonderlijke cases bij elkaar te brengen kan de kennis over wat bij een casus wel en niet werkt worden vergroot.

Daarnaast biedt een gezamenlijk traject mogelijkheden om efficiënter externe deskundigheid en ondersteuning te organiseren. Te denken valt hier bijvoorbeeld aan een N=1 training voor deelnemende behandelaars, feedback bijeenkomsten en het uitwisselen van succes- en faalervaringen gedurende een traject. Ook kunnen er in een gezamenlijk traject een aantal voorwaardenscheppende zaken efficiënter worden georganiseerd, zoals een tool voor dataverzameling en/of data-analyse.



6 Conclusies en aanbevelingen

Het doel van deze verkenning was om na te gaan welk onderzoeksdesign het meest geschikt is om de effectiviteit van de behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel te onderzoeken. In dit hoofdstuk beantwoorden we de vragen die we hebben gesteld en geven we aanbevelingen voor het vervolg.

6.1 Beantwoording onderzoeksvragen

6.1.1 Welke onderzoeksmethoden zijn (het meest) geschikt om de effectiviteit van de behandelprogramma's voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel in kaart te brengen? Wat zijn eventuele mogelijkheden en beperkingen van deze methoden?

Uit de korte literatuurverkenning komt N=1 onderzoek als meest geschikte methode naar voren. De N=1 studie is geschikt voor onderzoek bij een kleine doelgroep en een behandel aanbod dat deels op maat wordt uitgevoerd. De N=1 opzet biedt tevens mogelijkheden om onderzoek te doen naar de effectiviteit van behandelprogramma's en de werkingsmechanismen van interventies. In de praktijk is een N=1 studie met een zuiver experimenteel design bij de behandelprogramma's niet (altijd) haalbaar. Het is vaak niet mogelijk om een baseline fase (een fase waarin nog geen behandeling plaatsvindt) in te richten.

6.1.2 Welke wensen, mogelijkheden en voorkeuren hebben praktijkinstellingen?

De opzet van een N=1 studie sluit goed aan bij de vraag uit de praktijk om meer zicht te krijgen op wat werkt in de behandeling bij (individuele) cliënten. De werkwijze sluit goed aan bij een behandeltraject en kan hierin worden ingebed. Door het systematisch in kaart brengen van de fasen en verrichtingen in de behandeling enerzijds en het monitoren van veranderingen bij de cliënt tijdens de behandeling anderzijds kan de kennis over wat wanneer werkt bij welke cliënt worden vergroot. De opzet van de N=1 studie geeft aanknopingspunten om te leren en te verbeteren in de praktijk.

Uit de verkenning kwam daarnaast het belang naar voren om effecten en resultaten van de behandeling vanuit verschillende perspectieven te bezien. De vraag wat een succesvolle behandeling is en wat de meest geschikte uitkomstmaat is, moet zowel beantwoord worden door jeugdigen en ouders, professionals als organisaties. Een onderzoeksopzet waarin participatie met jeugdigen en ouders wordt vormgegeven, biedt een waardevolle aanvulling.

6.1.3 Welke criteria hanteren we voor de selectie van de doelgroep en van de behandelprogramma's?

Om een N=1 onderzoek uit te kunnen voeren is een minimale eis dat er een handboek beschikbaar is waarin de behandeling wordt beschreven. Het gaat daarbij onder meer over het doel, de fasen en de inzet van de interventies (op maat). Bij voorkeur is er ook een theoretische onderbouwing die duidelijk maakt waarom de (componenten) van de behandeling worden ingezet. Doordat de inzet van de verrichtingen in de behandeling en de startdata van de fasen nauwkeurig worden beschreven geeft de N=1 studie tegelijkertijd ook informatie over de mate waarin de behandeling wordt uitgevoerd zoals beschreven.

De definitie van feitelijke en vermoedelijke slachtoffers van de commissie Azough is leidend voor de selectie van de cases. Voor de selectie moet de definitie nog verder worden geoperationaliseerd. De criteria voor het selecteren van feitelijke slachtoffers en vermoedelijke slachtoffers moeten nog explicieter worden beschreven. Ook het onderscheid tussen vermoedelijke en potentiële slachtoffers moet worden aangescherpt.



6.2 Aanbevelingen voor vervolg

Een van de mogelijkheden voor onderzoek naar effecten van de behandeling van slachtoffers van loverboys en mensenhandel is door afzonderlijke N=1 studies in het werkveld te financieren. Naar aanleiding van de huidige verkenning stellen we voor om een gezamenlijk onderzoeksproject met meerdere instellingen in twee fasen uit te voeren; een eerste fase waarin afzonderlijke N=1 studies worden uitgevoerd en een tweede fase waarin deze resultaten gezamenlijk geanalyseerd worden (review). In beide fasen kan worden geprofiteerd van gezamenlijke faciliteiten voor ondersteuning (zowel materieel als immaterieel).

Fase één:

In de eerste fase worden meerdere instellingen gefaciliteerd in het uitvoeren van een of meerdere N=1 studies. Op deze manier kan er met behulp van N=1 onderzoek meer kennis verzameld worden over de behandeling. Hoe ziet de behandeling aan de individuele meiden er precies uit: welke programmaonderdelen, in welke volgorde en voor welke meiden. Maar ook wat levert het voor hen op. In deze fase wordt gestart met minimaal een single casestudie binnen de afzonderlijke instellingen. Idealiter worden uiteindelijk meerdere N=1 studies uitgevoerd per instelling. Enerzijds draagt dit bij aan de verzameling van kennis over de effectiviteit van het behandelprogramma en anderzijds levert het kennis op over bijvoorbeeld de behandelintegriteit en biedt het inzicht in de expertise van de eigen caseload. De behandelaars die het N=1 onderzoek gaan uitvoeren kunnen een centraal georganiseerde training volgen voor het uitvoeren van N=1 onderzoek. Ook kan er gezamenlijke afstemming plaatsvinden voorafgaand aan en tijdens het uitvoeren van de studies door het organiseren van feedbackbijeenkomsten. Zo kan er gekeken worden of het haalbaar/wenselijk is om een bepaalde uitkomstmaat systematisch te monitoren en te kijken welke ontwikkelingen zichtbaar worden. Het strekt tot de aanbeveling om doorlopende ondersteuning in kennis en ervaring te organiseren in deze fase, zodat behandelaars hier een beroep op kunnen doen. De afstemming en uitwisseling in deze fase worden gezien als een potentiële meerwaarde voor de tweede fase. De participatie van meiden en hun ouders in het onderzoeksproces is een absolute pre.

Fase twee:

In de tweede fase worden de resultaten van de afzonderlijke N=1 onderzoeken verzameld en worden deze onderworpen aan een systematische review. Deze review geeft zicht op de overall resultaten van het project. Afhankelijk van de overeenkomsten tussen de afzonderlijke studies, kunnen mogelijke hypothesen die geformuleerd zijn naar aanleiding van de eerste fase in deze fase worden getoetst.



Literatuur

Addink, A. & Foolen, N. (2016). *Behandelaanbod slachtoffers van loverboys en mensenhandel Doorontwikkeling van zes behandelprogramma's*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartels, A., Spreen, M., Schuringa, E., & Teeken, V. (2008). *N= 1-Nauwkeurige en sensitieve behandelevaaluatie op individueel niveau. Eerste versie van verhandeling over de N= 1-methode voor dataverwerking*. Utrecht/ Groningen/Doorwerth: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Berger, M., Foolen, N. & Hilverdink, P. (2017) *Aanpakken in Nederland, Engeland en België-Vlaanderen bij de hulp aan meisjesslachtoffers van mensenhandel/loverboys. Rapportage Europese Expertmeeting*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Commissie Aanpak meisjesslachtoffers loverboys/mensenhandel in de zorg voor jeugd (Commissie Azough). (2014). *Hun verleden is niet hun toekomst. Actieplan Aanpak meisjesslachtoffers van loverboys/mensenhandel in de zorg voor jeugd*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Commissie Aanpak meisjesslachtoffers loverboys/mensenhandel in de zorg voor jeugd (Commissie Azough). (2015). *Kwaliteitskader voor jeugdhulporganisaties die gespecialiseerde opvang en hulp bieden aan meisjesslachtoffers van loverboys/mensenhandel*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Delsing, M. & van Yperen, T. (2017). Wat werkt voor wie/ de kracht van N=1 onderzoek. In: T. van Yperen, J.W. Veerman & B. Bijl (Red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. (pp. 331- 356). Amersfoort: Lemniscaat.

Hancock, D. R. & Algozzine, R. (2017). *Doing case study research: A practical guide for beginning researchers*. New York, NY: Teachers College Press.

Jadad, A. R., & Enkin, M. (2007). *Randomized controlled trials: questions, answers, and musings* (pp. 48-61). Blackwell Pub.


Langendam, M.W., Hooft, L., Heus, P., Scholten, R.J.P.M. & Bossuyt, P.M.M. (2013). *Alternatieven voor Randomized Controlled Trials in onderzoek naar de effectiviteit van interventies*. Dutch Cochrane Centre / Afdeling Klinische Epidemiologie, Biostatistiek en Bioinformatica Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

May, A. M., & Mathijssen, J. (2015). *Alternatieven voor RCT bij de evaluatie van effectiviteit van interventies!?"* Geraadpleegd van https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/333891/Eindrapportage_27okt2015_FINAL_Anne_Jolanda.pdf?sequence=1

Mein, A., Los, V., Jansma, A., Distelbrink, M. & Verwijs, R. (2014). *De effectiviteit van behandelmethoden voor slachtoffers van loverboys*. Utrecht: Verweij Jonker Instituut.

Versluis, A., Maric, M., & Peute, L. (2014). N= 1 studies in onderzoek en praktijk: (hoe) heeft de behandeling gewerkt? *De Psycholoog*, 49(3), 10-20.





Yperen, Van, T. & Veerman, J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.



Bijlage 1. Overzicht instellingen beoordeeld door de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft van dertien jeugdhulpaanbieder het behandelaanbod voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel onderzocht. In onderstaande tabel een overzicht van aanbieders die niet hebben deelgenomen aan de verkenning.

Overzicht van overige jeugdhulpaanbieders met residentieel hulpaanbod voor slachtoffers van loverboys en mensenhandel inspectie voor gezondheidszorg en Jeugd

Organisatie	Soort behandelprogramma	Oordeel van de inspectie
SJSKJ Almata	Residentiële behandeling, gesloten setting (LVB doelgroep)	Almata heeft geen specifieke methodiek die gericht is op (vermoedelijke) slachtoffers van loverboys/mensenhandel.
Bijzonder jeugdwerk	Residentiele behandeling, gesloten setting	Ten tijde van het toezicht was het gespecialiseerde aanbod voor deze doelgroep nog in ontwikkeling en werd nog niet gebruikt voor de jeugdigen die deze specifieke hulp nodig hebben.
Jeugdformaat	Residentiele behandeling en crisisopvang, open setting	Ten tijde van het toezicht was de methodiek nog in ontwikkeling en was nog niet vastgesteld.
Timon	Residentiele behandeling open setting.	De aanpak is beschreven in een interventiebeschrijving en in aanvullende beleidsstukken omtrent veiligheid en bezoekenregeling.
OG Heldringstichting	Residentiële behandeling in gesloten setting	Nog niet gepubliceerd

