



Nederlands
Jeugdinstituut

Maatwerk voor meiden

Eindrapport onderzoek naar de hulp aan slachtoffers van
seksuele uitbuiting. *September 2022*



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



hogeschool



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Literatuuronderzoek	4
2.1 Methode	4
2.2 Resultaten	6
2.3 Samenvattend	8
3. De zorgprogramma's	8
3.1 Methode	9
3.2 Resultaten	9
3.3 Samenvattend	17
4. Tien belangrijke lessen van meiden	18
4.1 Participatief onderzoek naar de mening van meiden	18
4.2 De belangrijkste lessen van de meiden	19
4.3 Samenvattend	29
4.4 Wetenschappelijke verantwoording	30
5. Resultaten n=1-studies	32
5.1 Methode	32
5.2 Resultaten	39
5.3 Samenvattend	48
6. Discussie	50
Hoe verder?	54
Dankwoord	57
Literatuur	58
Bijlage 1 Overzicht studies literatuuronderzoek	64
Bijlage 2 Vragenlijsten	70
T1 en T2	70
Tweewekelijkse metingen	71
T2 en T3 Kwalitatieve gegevens	71
Behandelactiviteiten: leefklimaat	72

1. Inleiding

Wanneer een meisje slachtoffer is van seksuele uitbuiting heeft dit grote gevolgen, zowel voor het meisje als voor haar gezin. De meiden hebben vaak ernstige en complexe problemen. De kans dat een meisje opnieuw slachtoffer wordt is groot. Een gespecialiseerd behandelaanbod is nodig voor duurzaam herstel (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2021).

Het doel van dit onderzoek is om kennis te verzamelen over de uitvoering en mogelijke effectiviteit van zorgprogramma's voor deze meiden. Bij de start van dit onderzoek in 2018 zijn er dertien jeugdhulpinstellingen in Nederland met een residentieel specialistisch behandelaanbod voor meiden tot 24 jaar die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). In deze zorgprogramma's wordt een breed scala van interventies aangeboden. Tussen zorgprogramma's bestaan verschillen in onder andere de interventies die worden aangeboden, de duur van de behandeling en het soort groep (gesloten en open). Een deel van de interventies wordt structureel bij alle meiden ingezet en een deel wordt op maat aangeboden. Er is weinig zicht op welke combinatie van behandelactiviteiten binnen een zorgprogramma bij welk meisje wordt ingezet en wat werkt voor welk meisje (Addink & Malmberg, 2018). Over de effectiviteit van deze zorgprogramma's is nog onvoldoende bekend. De commissie-Azough heeft in 2014 kernelementen geformuleerd die cruciaal zijn voor opvang en behandeling van slachtoffers (Commissie-Azough 2014). Meerdere instellingen hebben in de afgelopen jaren gewerkt aan het expliciteren en onderbouwen van hun zorgprogramma's; een essentiële stap om de effectiviteit van programma's te kunnen onderzoeken en te verbeteren. Zeven jeugdhulpinstellingen hebben de zorgprogramma's die zij voor deze doelgroep hebben ontwikkeld, beschreven in een handboek (Addink & Malmberg, 2018). Twee van deze zorgprogramma's zijn opgenomen in de databank Effectieve jeugdinterventies (databank Effectieve jeugdinterventies, NJi).

Met het onderzoek willen we meer zicht te krijgen op wat wel en niet werkt in het bereiken van de doelen bij deze doelgroep en waarom. Meer kennis over wat werkt voor welk meisje biedt de jeugdhulpinstellingen aanknopingspunten om hun zorgprogramma's verder te ontwikkelen, te leren en de zorg te verbeteren. Het draagt bij aan een verdere explicitering van de inzet van (een combinatie van) behandelactiviteiten voor meiden en aan een verdere onderbouwing van de behandelinzet.

Het onderzoek bestaat uit drie deelstudies:

1. Literatuuronderzoek van (inter)nationale literatuur en handboekanalyse. In deze deelstudie is gekeken naar wat we al weten over de effectiviteit van zorgprogramma's voor meiden die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting.
2. Een participatief actieonderzoek waarin is onderzocht wat bijdraagt aan goede hulpverlening vanuit het perspectief van de doelgroep en wat de meiden als positief resultaat van hulpverlening zien.
3. N=1-studies waarin is onderzocht hoe de individuele behandeling van meiden eruitziet en wat de uitkomsten zijn van de behandeling voor de meiden.

Voor het onderzoek zijn zorgprogramma's geselecteerd die beschreven zijn in een handboek of handleiding voor uitvoerende professionals. In deze handboeken zijn het doel, de doelgroep en de aanpak beschreven. Daarnaast is een (aanzet tot) onderbouwing van de programma's opgenomen. Het onderzoek is bij zes instellingen uitgevoerd naar acht programma's: zeven behandelprogramma's en één crisisopvang. Eén jeugdhulpinstelling kon door externe omstandigheden haar zorgprogramma niet meer aanbieden en kon niet daardoor niet meedoen aan het onderzoek.

Tabel 1.1 Geselecteerde zorgprogramma's en instellingen

Zorgprogramma	Instelling
Asja	Fier
Fides	De Rading
Hestia	Horizon
PINQ-crisis	Lewel
PINQ-behandeling open	Lewel
PINQ-gesloten	Lewel
Safe and Sound	Pluryn-Intermetzo
Veilig Lima	Sterk Huis

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode van oktober 2019 tot en met maart 2022. Dit betekent dat meiden die aan het onderzoek hebben deelgenomen (een deel van) hun behandeling hebben ontvangen in een periode dat corona in Nederland aanwezig was en maatregelen waren getroffen tegen de verspreiding van het virus.

Het onderzoek richt zich op de behandeling van feitelijke en vermoedelijke meisjesslachtoffers van seksuele uitbuiting. Tijdens de looptijd van het onderzoek is ervoor gekozen om niet meer te spreken van slachtoffers van loverboys. Er is steeds meer kritiek op het gebruik van deze term omdat het verhult dat het gaat om een misdrijf. Ook meiden en professionals hebben moeite met deze aanduiding. In overleg met de deelnemende instellingen aan het onderzoek spreken we van seksuele uitbuiting. Dit is conform de Terminologiegids voor de bescherming van kinderen tegen seksuele uitbuiting en seksueel misbruik (Defence for Children & Terre des Hommes, 2022).

2. Literatuuronderzoek

In een internationale literatuursearch hebben we gekeken naar wetenschappelijke onderzoeken die zijn uitgevoerd naar de effecten van hulpaanbod voor slachtoffers van seksuele uitbuiting. Het doel is om inzicht te krijgen in wat al bekend is over de effectiviteit van de behandeling en te kijken welke uitkomsten relevant zijn voor de Nederlandse praktijk.

2.1 Methode

In 2019 is bij de start van het onderzoek een eerste search uitgevoerd. Er is gezocht in de volgende databases: PsycINFO, PubMed, Cochrane Library, Campbell Collaboration, NARCIS en Google Scholar. De search is afgebakend tot studies die sinds 2000 zijn uitgevoerd. Vervolgens is een sneeuwbalmethode gehanteerd: in de inleiding en discussie van de gevonden artikelen is gekeken naar relevante artikelen. Zowel in het Nederlands als in de Engelse taal worden verschillende termen gebruikt voor slachtoffers van seksuele uitbuiting. Voor de search in Engelstalige literatuur zijn de zoektermen in tabel 2.1 gebruikt.

Tabel 2.1 Zoektermen in internationale databases

AND		
OR (doelgroep)	OR (behandeling)	OR (effectiviteit)
Commercial sexual exploitation	Treatment	Effect
Feigned romantic relationship	Intervention	Effectiveness
Pimps	Treatment program	Efficacy
(Child) sex trafficking		Treatment effectiveness evaluation
Domestic minor sex trafficking		
Human trafficking		
(Child) prostitution		
LIMIT: 0-25 jaar		

Voor Nederlandstalig onderzoek is gezocht in Google Scholar met de zoektermen:

- Slachtoffer loverboy(s); slachtoffer mensenhandel/sekshandel; gedwongen prostitutie
- Zorgprogramma; behandelprogramma; interventie
- Effect; effectiviteit; effectevaluatie; doelmatigheid; effectonderzoek.

Daarnaast is gekeken naar websites van Movisie, Rutgers, Verwey-Jonker Instituut, WODC, Stichting Seksueel Geweld en voormalig mensenhandelweb.nl.

In 2021 is een aanvullende search uitgevoerd om na te gaan of actuele resultaten beschikbaar zijn, en zijn de termen 'minor sexual exploitation' en 'seksuele uitbuiting' als zoektermen toegevoegd.

Studies zijn geïncludeerd wanneer ze een evaluatieve studie betroffen van het resultaat van een hulpaanbod gericht op vrouwelijke slachtoffers van seksuele uitbuiting tot 25 jaar. In totaal zijn eenentwintig relevante studies gevonden. Drie studies zijn niet geïncludeerd omdat er geen fulltext artikel beschikbaar was. Achttien studies zijn geïncludeerd. Acht van deze studies zijn gevonden in PsycINFO. Uit een overzichtsstudie (Moynihan, Pitcher & Saewyc, 2018) kwamen tien relevante studies naar voren. Google Scholar en Nederlandse websites hebben geen aanvullend onderzoek opgeleverd. De search in 2021 heeft ook niet tot aanvullende resultaten geleid. Bijlage 1 geeft een overzicht van de studies.

De bewijskracht van de studies is beoordeeld aan de hand van de systematiek die ontwikkeld is voor de erkenning van interventies (Kenniscentrum Sport & bewegen et al, 2021; Van Yperen & Veerman, 2008). Hiervoor zijn criteria omschreven waarmee kwalificaties van de bewijskracht van onderzoek worden onderscheiden (tabel 2.2). De kwaliteit van het onderzoek speelt ook een rol bij de mate van bewijskracht (bijlage 1).

Tabel 2.2 Criteria voor de (causale) bewijskracht van empirische studies

Bewijskracht	Kenmerken studie
Zwak	De studie voldoet niet aan de eisen die minstens aan een effectstudie te stellen zijn.
Licht	Veranderingsonderzoek.
Matig	Resultaten van veranderingsonderzoek zijn vergeleken met ander onderzoek.
Redelijk	Onderzoek met (quasi-)experimenteel design, of herhaald N=1-onderzoek met een baseline, of een time series design met een (multiple) baseline of alternating treatments, of een studie naar samenhang tussen mate waarin interventie is toegepast en mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden. Het onderzoek is <i>niet</i> in de praktijk uitgevoerd of is niet representatief voor de praktijk.
Vrij sterk	Dezelfde criteria als hierboven met als verschil dat het onderzoek in de praktijk is uitgevoerd.
Sterk	Dezelfde criteria als hierboven met als toevoeging een follow-up.
Zeer sterk	Dezelfde criteria als hierboven met als verschil onderzoek met experimenteel design.

2.2 Resultaten

Doelgroep

In de studies worden verschillende definities gebruikt om de doelgroep te beschrijven. De meest gebruikte termen zijn (commerciële) seksuele exploitatie, (jeugd-)prostitutie en sekshandel van minderjarigen. In vier studies wordt een brede definitie gehanteerd waarbij de doelgroep bestaat uit slachtoffers van verschillende vormen van seksueel geweld waaronder seksuele uitbuiting (Bounds et al., 2019; Edinburgh & Saewyc, 2009; Saewyc & Edinburgh, 2010; Volgin et al., 2018). In vier studies wordt aandacht besteed aan de wijze waarop slachtoffers worden geworven. Zij beschrijven een proces van grooming waarbij eerst het vertrouwen van het slachtoffer wordt gewonnen (Countryman-Roswurm & Bolin, 2014; Deb et al., 2011; Gibbs et al., 2015; Pierce, 2012). Bij de overige studies gaat het om slachtoffers van seksuele uitbuiting. De studies zijn in verschillende landen uitgevoerd. Het seksueel geweld en uitbuiting wordt in vier studies beschreven als gevolg van armoede en oorlog waar slachtoffers mee te maken hebben. In de meeste studies worden er geen duidelijke inclusie- en exclusiecriteria gebruikt. Bij een aantal studies komt naar voren dat het zowel gaat om feitelijke slachtoffers als om meiden die risico lopen om slachtoffer te worden.

Hulpaanbod

Het behandelaanbod dat onderzocht is, is zeer divers. Het betreft zowel ambulante als residentiële behandelingen. In zes studies is residentieel aanbod onderzocht. Bij één studie gaat het om een twaalf weken durend psycho-educatieprogramma dat aangeboden wordt binnen een residentiële behandeling. Bij de overige vijf studies gaat het om een integraal programma gericht op meerdere gebieden. Eén programma richt zich vooral op zelfstandig leren wonen met de nadruk op opleiding en vaardigheden om voor zichzelf te zorgen. Bij de andere programma's bestaat het aanbod uit verschillende therapieën op maat, gezinsgerichte interventies en activiteiten gericht op school, werk en netwerk (tabel 2.3 Residentieel aanbod).

In twaalf studies is ambulant hulpaanbod onderzocht. Bij vijf studies gaat het om intensief casemanagement gecombineerd met huisbezoeken. Het betreft een integraal aanbod met een combinatie van traumabehandeling, psycho-educatie, gezondheid, huisvesting en onderwijs. Het programma richt zich ook op ouders. Bij vier studies bestaat het behandelaanbod uit individuele of groepstherapie sessies, onder andere counseling, psychotherapie en Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF CGT). Bij drie studies gaat het om een kortdurend of voorbereidend aanbod gericht op voorlichting of basale levensvaardigheden (tabel 2.4 Ambulant aanbod).

Effectiviteit van hulpaanbod

Bij vier van de zes studies naar residentieel aanbod is de effectiviteit onduidelijk. Het betreft alle vier studies die volgens de systematiek van de databank Effectieve jeugdinterventies een design met een zwakke bewijskracht hebben (tabel 2.2). Een studie met een zwakke bewijskracht rapporteert positieve resultaten. De meiden hebben drie maanden na vertrek nog een veilige verblijfplek en gaan meestal naar school. Ook hebben zij meestal nog contact met de mentor (Thomson et al., 2011). Een studie met vrij sterke bewijskracht rapporteert zowel positieve als negatieve resultaten. In vergelijking met andere meiden die het programma volgen is er bij slachtoffers op internaliserende problemen een toename te zien. Emotionele coping neemt af bij deze groep (Nijhof et al., 2012).

Tabel 2.3 Residentieel aanbod

Auteurs	Type zorgprogramma	Effect	Bewijskracht onderzoek
Hickle & Roe-Sepowitz (2014)	Groepspsycho-educatie binnen een residentieel programma	Onduidelijk	Zwak
Nijhof et al. (2012)	Integraal residentieel programma (gesloten)	Positieve en negatieve resultaten	Vrij sterk
Robinson & Páramo (2007)	Therapie en sociale re-integratie met verblijf	Onduidelijk	Zwak
Schram & Giovengo (1991)	Residentieel behandelprogramma gericht op zelfstandig leren wonen	Onduidelijk	Zwak
Thomson et al. (2011)	Residentieel behandelprogramma	Positieve resultaten	Zwak
Twill et al. (2010)	Integraal residentieel programma (90 dagen)	Onduidelijk	Zwak

De studies naar het ambulante aanbod rapporteren overwegend positieve resultaten over het onderzochte aanbod. Het betreft een afname van psychische problemen (waaronder trauma, depressie en angst), een afname van gezondheidsproblemen, een toename van gezonde relaties met zichzelf, leeftijdgenoten en familie en een toename van schoolgang, veilige huisvesting en sociaal netwerk. Bij twee studies met een zwakke bewijskracht zijn de uitkomsten onduidelijk. Bij tien studies zijn positieve resultaten gerapporteerd. Vier van deze studies hebben een vrij sterke bewijskracht. Het betreft studies naar een kortdurend programma aangeboden tijdens bezoeken aan schoolgezondheidscentrum, een alternatieve straitschool, TF-CGT in een groep en een integraal behandelprogramma (tabel 2.4).

Tabel 2.4 Ambulante programma's

Auteurs	Type zorgprogramma	Effect	Kwaliteit onderzoek
Bounds et al. (2019)	Huisbezoeken, intensief casemanagement en groepsbehandeling	Positieve resultaten	Licht
Countryman-Roswurm & Bolin (2014)	10 groepstherapie sessies, psycho-educatie	Positieve resultaten	Licht
Deb et al. (2011)	Counseling (individueel en groepsbehandeling) door psycholoog	Positieve resultaten	Licht
Edinburgh & Saewyc (2009)	Intensieve huisbezoeken en casemanagement	Positieve resultaten	Zwak
Gibbs et al. (2015)	Intensief casemanagement, integraal programma	Onduidelijk	Zwak
Kleinschmidt (2009)	Individuele psychotherapie	Onduidelijk	Zwak
Miller et al. (2015)	Kortdurend programma schoolgezondheidscentrum	Positieve resultaten	Vrij sterk
O'Callaghan et al. (2013)	Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie in een groep	Positieve resultaten	Vrij sterk
Pierce (2012)	Intensief casemanagement, holistische gezondheidszorg, cultuursensitieve lessen, traumagerichte zorg	Positieve resultaten	Licht

Saewyc & Edinburgh (2010)	Huisbezoeken, casemanagement, gezondheidszorg, empowerment groep	Positieve resultaten	Vrij sterk
Volgin et al. (2018)	Oplossingsgerichte voorlichting en creatieve kunsttherapie	Positieve resultaten	Zwak
Wurzbacher et al. (1991)	Alternatieve straatschool	Positieve resultaten	Vrij sterk

In de achttien studies wordt gebruikgemaakt van een groot aantal, zeer uiteenlopende uitkomstmaten. Sommige zijn met een gestandaardiseerd en gevalideerd instrument gemeten. Verbetering op het gebied van traumasymptomen en zelfwaardering is in meerdere onderzoeken onderzocht. Daarnaast is verbetering van andere psychische problemen gemeten. Overige uitkomstmaten die terugkomen in de studies hebben betrekking op lichamelijke gezondheid, relaties met familie en netwerk, opleiding en werk, en kennis en inzicht in seksuele uitbuiting.

2.3 Samenvattend

De literatuursearch bevestigt dat onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van slachtoffers van seksuele uitbuiting nog in een beginstadium is. De onderzoeksdesigns hebben vaak een zwakke tot lichte bewijskracht waardoor het niet goed mogelijk is om uitspraken te doen over de effectiviteit van het hulpaanbod. De gekozen uitkomstmaten zijn bovendien zeer divers en richten zich op verschillende aspecten.

Het onderzochte hulpaanbod is divers. De residentiële behandelprogramma's zijn voor het merendeel integrale programma's die zich richten op meerdere uitkomstgebieden. Bij de ambulante programma's zien we ook integrale programma's waarin intensief casemanagement gecombineerd wordt met huisbezoek en aanvullende behandelingen. Daarnaast zijn er enkelvoudige ambulante therapieën en interventies gericht op voorlichting en algemene problematiek. Vooral bij de ambulante interventies zijn positieve resultaten gerapporteerd. Hoewel de bewijskracht beperkt is, is het mogelijk wel een aanwijzing dat bij de doelgroep ambulante programma's ook behulpzaam kunnen zijn.

De vraag is in hoeverre de doelgroep van de buitenlandse studies vergelijkbaar is met de doelgroep in Nederland. Niet in alle studies is de doelgroep duidelijk beschreven en afgebakend. Ook zijn de omstandigheden die een rol spelen bij de uitbuiting van de meiden niet in alle landen hetzelfde. In alle studies betreft het in ieder geval deels meiden onder de 25 jaar die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting.

3. De zorgprogramma's

In dit hoofdstuk beschrijven we de zorgprogramma's die deelnemen aan het onderzoek. De acht zorgprogramma's zijn in een handboek beschreven en onderbouwd (Barneveld, 2018; Bramsen et al. 2017; Fier, 2020; Van Leeuwen, 2019; Van Leeuwen & Konijn, 2017; Pluryn-Intermetzo, 2019; 't Sas, 2016, Sterk Huis, z.d.). Met een analyse van de handboeken hebben we de behandel-elementen geïnventariseerd die binnen de zorgprogramma's worden aangeboden om de beoogde doelen van de meiden te realiseren. Deze inventarisatie geeft een overzicht van potentieel werkzame elementen voor deze doelgroep die met het beschrijven en onderbouwen van de zorgprogramma's zijn geëxpliciteerd. Tegelijkertijd biedt de inventarisatie een overzicht van behandelactiviteiten waarmee in de n=1-studies de behandelinzet per casus is onderzocht.

3.1 Methode

Voor de analyse van de handboeken is een analyseschema gemaakt om potentieel werkzame behandellementen te inventariseren en te ordenen. Hiervoor is het begrippenkader gebruikt zoals beschreven door Van Yperen, Veerman en Van den Berg (2015). Werkzame elementen zijn kenmerken van een interventie die aan de effectiviteit van de interventie lijken bij te dragen. Een nadere ordening is aangebracht door deze elementen in te delen naar contextuele kenmerken, structuurkenmerken en inhoudelijke kenmerken. Contextuele kenmerken hebben betrekking op het doel en de doelgroep van een interventie of behandeling en op de randvoorwaarden waarbinnen de interventie wordt uitgevoerd. De contextuele kenmerken zijn nodig om interventies te typeren en randvoorwaarden aan te geven en hebben indirect te maken met de werkzaamheid. Structuurkenmerken hebben betrekking op de opzet van de interventie of behandeling zoals de volgorde, frequentie en samenhang van activiteiten. Inhoudelijke kenmerken hebben betrekking op wat de uitvoerders concreet in hun interactie met de doelgroep doen en de veranderingsstrategieën die ze toepassen en die gericht zijn op het bereiken van een bepaald doel (Van Yperen, Veerman en Van den Berg, 2015). Bij de analyse van de handboeken ligt de focus op de inhoudelijke kenmerken van de programma's. De contextuele en structuurkenmerken zijn op hoofdlijnen meegenomen. De inhoudelijke kenmerken zijn vervolgens verder geordend naar vier gebieden waarop de doelen van de programma's zich richten: veiligheid, sociaal-emotionele problematiek, gezin en netwerk, en maatschappelijke participatie.

Binnen de programma's worden diverse soorten activiteiten ingezet. De activiteiten in de handleiding zijn gecodeerd. Op basis daarvan zijn lijsten met verrichtingen opgesteld. De zorgprogramma's maken gebruik van bestaande interventies. Bij de analyse hebben we gekeken welke interventies zijn opgenomen in de databank Effectieve jeugdinterventies en met welke beoordeling (databank Effectieve jeugdinterventies, NJi).

3.2 Resultaten

Contextuele en structuurkenmerken

Aan de hand van de doelgroep, doelen en aard van de zorgprogramma's beschrijven we de context en de structuur van de zorgprogramma's.

Doelgroep

De zorgprogramma's zijn allemaal gericht op meiden. De leeftijd van de meiden waar de zorgprogramma's zich op richten is tussen 11 en 24 jaar. De leeftijdscategorie is niet voor alle programma's hetzelfde. Van de acht zorgprogramma's richten vijf zich niet uitsluitend op slachtoffers van seksuele uitbuiting, maar op een bredere groep meiden die in andere afhankelijkheidsrelaties slachtoffer zijn van seksueel misbruik. Het handboek van drie andere programma's is gericht op meiden die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting. Voor alle zorgprogramma's geldt dat bij de doelgroep sprake is van langdurige meervoudige en complexe problematiek. Contra-indicaties voor deelname aan het programma zijn onder andere een verstandelijke beperking, ernstige verslaving, gevorderde zwangerschap, signalen van ouderschap en ernstige psychiatrische problematiek.

Doelen

Alle programma's formuleren een groot aantal doelen op verschillende gebieden. Op basis van een analyse van de doelen komen vier gebieden naar voren waarop verandering bij het meisje wordt beoogd:

1. **Uitbuiting en weerbaarheid:** het misbruik is gestopt (seksueel, relationeel) en het risico op herhaling is afgenomen, en er is een toename van weerbaarheid en relationeel gezond gedrag.
2. **Sociaal-emotionele problematiek:** traumaklachten en andere sociaal-emotionele problematiek is afgenomen.
3. **Gezin en netwerk:** het netwerk is versterkt, zowel de gezinsrelaties als het bredere sociale netwerk.
4. **Maatschappelijke participatie:** deelname aan school, werk en vrije tijd.

Aard en structuur van het aanbod

Alle zorgprogramma's bieden residentiële zorg met een ambulante vervolgfase. Zeven programma's zijn behandelprogramma's, één programma betreft een crisisinterventie. Vijf programma's worden aangeboden in een open groep, twee worden aangeboden in een gesloten groep en één programma wordt in zowel een open als een gesloten groep uitgevoerd.

Alle programma's zijn opgezet in te onderscheiden fasen. Het aantal fasen varieert per programma van drie tot vijf fasen. Bij alle behandelprogramma's is er een startfase met aandacht voor diagnostiek, stabilisatie (wennen en tot rust komen) en motiveren voor behandeling. Dit wordt gevolgd door een behandelfase waarin gewerkt wordt aan verandering. Tot slot is er een uitstroomfase van voorbereiding op het vertrek. De duur van de zorgprogramma's varieert van zes maanden tot maximaal vijftien maanden. Alleen PINQ-crisis heeft een korte duur van vier tot acht weken.

De programma's zijn modulair opgebouwd met een standaardaanbod dat alle meiden ontvangen en een aanbod op maat passend bij de individuele problematiek van een meisje. Bij PINQ-crisis is een groot deel van het aanbod standaard.

Tabel 3.1 Kenmerken zorgprogramma's

Zorgprogramma	Type behandeling	Duur behandeling	Leeftijd
Asja	Behandeling, open groep	Maximaal 1 jaar	11-23 jaar
Fides	Behandeling, open groep	Gemiddeld 11 maanden	15-18 jaar
Hestia	Behandeling, gesloten groep	6 tot 12 maanden (maximaal 1 jaar)	12-18 jaar
PINQ-crisis	Crisisopvang open groep	4 tot 8 weken	12-18 jaar
PINQ-behandeling open	Behandeling, open groep	Ongeveer 9 maanden	12-18 jaar
PINQ-gesloten	Behandeling, gesloten groep	6-9 maanden	12-18 jaar
Safe and Sound	Behandeling, gesloten en open groep	Gesloten: Gemiddeld 6-9 maanden Open: 12 tot 15 maanden	10-18 jaar
Veilig Lima	Behandeling, open groep	Gemiddeld 6 maanden (exclusief nazorg)	14-24 jaar

Inhoudelijke elementen

De inhoudelijke elementen zijn geordend naar de vier gebieden waar de doelen van de programma's zich op richten: uitbuiting en weerbaarheid, sociaal-emotionele problematiek, gezin en netwerk, en maatschappelijke participatie. Een aantal basiselementen wordt voor meerdere gebieden ingezet en komt in alle zorgprogramma's voor. We beschrijven eerst deze basiselementen; vervolgens gaan we in op de activiteiten die per gebied worden ingezet. Per uitkomstgebied geven we een overzicht van interventies die in de databank zijn opgenomen.

Basiselementen

Diagnostiek en veiligheidsanalyse

De handboeken van alle zorgprogramma's beschrijven vormen van diagnostiek om meer zicht te krijgen op de problematiek van de meiden. De instellingen gebruiken hiervoor verschillende vragenlijsten. Standaard vindt daarnaast een risicotaxatie plaats waarvoor de meeste programma's de RIS-L gebruiken. Een netwerk- of systeemanalyse maakt ook standaard deel uit van alle programma's.

Leefklimaat

In alle handboeken is veel aandacht voor een positief leefklimaat. Alle programma's bieden zorg in een homogene groep waarin uitsluitend meiden opgenomen zijn. Daarnaast beschrijven alle programma's activiteiten om een veilig en positief pedagogisch leefklimaat te creëren. Het betreft het aanbieden van persoonlijke ondersteuning en activiteiten gericht op structuur en sfeer. Bij zes programma's wordt expliciet beschreven dat een positief pedagogisch klimaat wordt gecreëerd om het zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde van de meiden te versterken. Onder andere door een complimentenzon, een witboek waarin complimenten worden beschreven en positieve feedback op gewenst gedrag. Ook het samen inrichten van de kamer en een warm welkom op de groep worden hiervoor ingezet. Ook in alle handboeken wordt beschreven dat begeleiders op de groep

traumasensitief werken. De uitwerking hiervan verschilt tussen de programma's, maar is op hoofdlijnen gelijk.

Drie programma's bieden groepsmodules voor de meiden over het samenleven op de groep: 'Jij en de groep', 'Groepsdynamica' en 'Samen fijn'. Daarnaast wordt bij meerdere programma's halfjaarlijks het Group Climate Instrument (Roest et. al., 2016) afgenomen.

Mentorgesprekken of individuele gesprekken met begeleiders

Begeleiders van de groep, meestal de mentor, spelen in alle programma's een belangrijke rol. In alle handboeken wordt beschreven dat zij, naast het vormgeven van een positief leefklimaat, in individuele gesprekken met meiden uiteenlopende thema's met het meisje bespreken. Belangrijke gesprekstema's zijn veiligheid en de regels op de groep, seksualiteit en relaties, talenten van het meisje, netwerk van het meisje, sociale media, school, werk of een bijbaantje, en het toekomstperspectief.

De handboeken verschillen onderling in hoe uitgebreid is beschreven wat de mentor doet en wanneer, en welke hulpmiddelen en tools behulpzaam zijn.

Uitbuiting en weerbaarheid

Alle zorgprogramma's richten zich op het vergroten van de veiligheid van de meiden. Het gaat hierbij zowel om het stoppen van de uitbuiting als om het vergroten van weerbaarheid en van relationeel gezond gedrag.

Behandelactiviteiten gericht op veiligheid die in de handboeken worden beschreven hebben betrekking op:

- a. Het creëren van een veilige omgeving voor het meisje. Het gaat zowel om de fysieke als om de mentale veiligheid.
- b. Het vergroten van seksuele en relationele weerbaarheid.
- c. Het versterken van het zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde.

Psycho-educatie

De meeste programma's beschrijven een aanbod van psycho-educatie met betrekking tot het thema veiligheid. Meestal gebeurt dit in de vorm van een mentorgesprek. Meerdere programma's bieden psycho-educatie op het gebied van seksuele uitbuiting. Hierin gaat het over het losmaken van de dader en inzicht bieden in de ernst van de situatie. Zes programma's bieden psycho-educatie specifiek over het omgaan met sociale media.

Groepsbijeenkomsten

Alle zorgprogramma's beschrijven groepsbijeenkomsten om seksuele en relationele weerbaarheid te vergroten. Hiervoor worden verschillende ingezet: Girls' Talk, Girls' Choice, Julia, Lang leve de liefde, Rots en Water, en Let's Talk. Het Vlaggensysteem wordt in vijf programma's ingezet om gezond seksueel gedrag te stimuleren en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. In één programma wordt het bordspel Oké genoemd dat gebaseerd is op het Vlaggensysteem.

Therapeutische interventies

Vier programma's noemen in hun handboek een vorm van vaktherapie waarin aandacht is voor het vergroten van seksuele en relationele weerbaarheid en het versterken van zelfbeeld en eigenwaarde, onder andere door te oefenen met het aangeven van grenzen en interacties. Het gaat om psychomotorische therapie (PMT), dramatherapie of een niet nader genoemde vorm van

vaktherapie. De therapie wordt individueel of in een groep aangeboden. Bij drie programma's is dit een standaardaanbod voor alle meiden, bij één programma wordt dit op maat ingezet. Voor het versterken van het zelfbeeld en het gevoel van eigenwaarde worden in de handboeken uiteenlopende activiteiten beschreven: COMET, Schematherapie, Emotie Regulatie Therapie (ERT) en EMDR.

Beschermende en beperkende maatregelen

Binnen alle programma's worden maatregelen beschreven om de veiligheid van de meiden te vergroten. Het gaat om beperking van of afspraken over communicatiemiddelen zoals telefoon en socialemediagebruik. Maar ook over kamer- en postcontrole. Deze maatregelen worden standaard (voor alle meiden in een bepaalde periode) of op maat ingezet volgens de handboeken. De meeste programma's hebben een periode waarin er toezicht of begeleiding is bij contacten van de meiden of op verlof.

Andere activiteiten

In de mentorgesprekken is aandacht voor de veiligheid en seksualiteit en relaties. Bij zeven programma's is expliciet de werkwijze beschreven met betrekking tot melding bij CoMensha (Coördinatiecentrum tegen Mensenhandel) en aangifte. Binnen alle programma's is sprake van samenwerking met de veiligheidsketen en zorgketen gericht op het vergroten van de veiligheid van het meisje. Hiervoor worden activiteiten uitgezet die enerzijds gericht zijn op de dader en anderzijds op de bescherming van het meisje. Vier programma's beschrijven expliciet hoe de beveiliging en bewaking plaatsvindt om de meiden te beschermen die zijn opgenomen. Twee programma's met een open groep en twee met een gesloten groep. Bij vier programma's gaat de systeemtherapeut en/of mentor op huisbezoek waarbij besproken wordt hoe de veiligheid kan worden vergroot. Twee programma's beschrijven een vorm van lotgenotencontact rond het vergroten van veiligheid. In vier programma's wordt expliciet beschreven dat een medisch consult plaatsvindt of dat op een andere manier aandacht besteed wordt aan de lichamelijke gezondheid van het meisje.

Tabel 3.2 Uitbuiting en weerbaarheid: overzicht interventies databank Effectieve jeugdinterventies

Interventie	Databank Effectieve jeugdinterventies	Inzet in programma's
COMET	Goed onderbouwd	2 programma's
Girls' Talk	Goed onderbouwd	4 programma's
Girls' Choice	Goed onderbouwd	1 programma
Julia	Goed onderbouwd	3 programma's
Lang leve de liefde	Goed onderbouwd, effectief eerste aanwijzingen 13 – 15 jaar	1 programma
Let's Talk	Erkenning verlopen	1 programma
Rots en Water	Niet erkend	3 programma's
Vlaggensysteem	Goed onderbouwd	5 programma's

Sociaal-emotionele problematiek

Alle zorgprogramma's bieden activiteiten gericht op afname van sociaal-emotionele problematiek die zich bij de meiden voordoet. Met uitzondering van PINQ-crisis hebben de zorgprogramma's een aanbod gericht op de behandeling van trauma. Daarnaast bieden zij op maat diverse interventies voor andere psychosociale problematiek.

Traumaproblematiek

Groepsinterventies

Op één zorgprogramma na worden binnen alle zorgprogramma's groepsinterventies aangeboden om met de meiden toe te werken naar traumaverwerkingsbehandeling. Vier zorgprogramma's gebruiken hiervoor Stapstenen, een groepstraining die tot doel heeft de meiden te motiveren voor een behandeling gericht op traumaverwerking. Twee zorgprogramma's zetten de methode Slapende Honden in. Met de Slapende Honden-methode wordt uitgezocht wat redenen zijn waarom meiden niet over traumatische gebeurtenissen willen of kunnen praten, en hoe zij geholpen kunnen worden om daar oplossingen voor te vinden. Een van deze zorgprogramma's gebruikt voor meiden ouder dan 18 jaar het programma Vroeger en Verder; een ander zorgprogramma heeft zelf een module ontwikkeld die gebaseerd is op het programma Vroeger en Verder.

Therapeutische interventies gericht op verwerking van trauma

Ten behoeve van de verwerking van traumaklachten worden diverse interventies ingezet. EMDR is de interventie die bij bijna alle zorgprogramma's onderdeel is van het aanbod. TF-CGT wordt door vier programma's genoemd. Narratieve Exposure Therapie (NET) door vier en Intensieve Traumabehandeling-Jeugd (ITB-J) door een.

Vier zorgprogramma's zetten een vorm van vaktherapie in voor de behandeling van traumaklachten. Het gaat om PMT, beeldende of dramatherapie of een niet nader genoemde vorm van vaktherapie.

Andere activiteiten

Enkele zorgprogramma's noemen daarnaast andere middelen om meiden met traumaklachten te ondersteunen, zoals mentorgesprekken over trauma, begeleiding bij het slapen gaan, het inzetten van ervaringsdeskundigen en sporten in groepsverband. Daarnaast worden activiteiten genoemd als Equithérapie (therapeutisch paardrijden), Lesverhalen voor lotgenoten en Master! Methodiek.

Andere psychosociale problematiek

Vijf zorgprogramma's beschrijven in hun handleidingen expliciet welke interventies worden ingezet om te werken aan emotieregulatie. In één zorgprogramma wordt in de handleiding specifiek ingegaan op de behandeling van angst en/of depressieve klachten bij de meiden. In enkele zorgprogramma's is er in gesprekken met het meisje, dan wel met het meisje en ouders aandacht voor hechting. In de handleidingen van twee zorgprogramma's wordt aangegeven hoe in het algemeen aan gedragsproblematiek wordt gewerkt. Zes zorgprogramma's beschrijven activiteiten die worden ingezet rondom het onderwerp middelengebruik.

Het aanbod van interventies verschilt per programma. Vaktherapie wordt bij meerdere programma's voor meerdere problemen ingezet. Daarnaast worden ook andere activiteiten zoals yoga, sport en massage ingezet om te ondersteunen bij emotieregulatie.

Tabel 3.3 Sociaal-emotionele problematiek: overzicht interventies databank Effectieve jeugdinterventies

Aanpak/ interventie	Databank Effectieve jeugdinterventies	Inzet in programma's
Agressie Regulatie Therapie	Effectief volgens goede aanwijzingen	1 programma
Brains4Use	Erkenning verlopen	1 programma
Dialectische gedragstherapie (DGT-J)	Erkenning verlopen	1 programma
Open en Alert	Goed onderbouwd	1 programma
TACT	Goed Onderbouwd	1 programma
TF-CGT	In voorbereiding voor beoordeling	4 programma's
Vroeg en Verder	Effectief goede aanwijzingen (databank Effectieve sociale interventies)	1 programma

Gezin en netwerk

In alle handboeken zijn activiteiten beschreven gericht op het versterken van het netwerk van de meiden. Het gaat daarbij zowel om de relatie met de ouders en het gezin van herkomst als om het bredere netwerk van familie en vrienden.

Ouders en gezin

Ouders betrekken bij de behandeling

In alle programma's wordt beschreven dat ouders bij de behandeling worden betrokken. Dit gebeurt door ouders uit te nodigen voor behandelplanbesprekingen en voortgang- en evaluatiegesprekken. Daarnaast is bij bijna alle zorgprogramma's standaard wekelijks contact met de ouders door de mentor of andere professional (bijvoorbeeld systeemtherapeut). In vijf handboeken wordt aangegeven dat bij voorkeur een gesprek bij de ouders thuis plaatsvindt. Daarnaast bevat een aantal interventies voor de meiden een oudercomponent waarbij ouders een of meerdere keren betrokken zijn.

Psycho-educatie

In zeven programma's wordt aan de ouders psycho-educatie geboden. Dit gaat over zowel trauma als specifiek seksuele uitbuitingspraktijken en seksuele ontwikkeling. Daarnaast zijn in twee programma's expliciet ouderbijeenkomsten beschreven voor psycho-educatie en voor een vorm van lotgenotencontact.

Behandeling van het gezinssysteem

Alle zorgprogramma's hebben een behandelaanbod gericht op het gezin. In drie programma's wordt expliciet aangegeven dat systeembehandeling op maat wordt ingezet. In de overige programma's is het een standaardonderdeel van het programma.

In een aantal programma's worden meerdere gezinsinterventies aangeboden die afhankelijk van de problematiek en de wensen van het gezin worden ingezet. Zeven programma's bieden systeemtherapie (niet nader gespecificeerd). Enkele programma's hebben Multidimensionele familietherapie (MDFT), Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) of Relationale Gezinstherapie (RGT) in hun aanbod.

Brede netwerk

Het brede netwerk van het meisje komt bij alle zorgprogramma's in individuele gesprekken aan de orde, meestal in de mentorgesprekken. Het betreft ondersteuning bij het aangaan van contacten en het maken van onderscheid tussen goede en foute vrienden. In vier zorgprogramma's wordt expliciet beschreven dat bij (nieuwe) contacten van meiden de mentor of een ambulante hulpverlener kennismaakt. In twee programma's wordt ook meegekeken naar de contacten op sociale media. Met de meiden wordt besproken in hoeverre de contacten ondersteunend zijn.

Activiteiten gericht op aanhalen/herstelnetwerk

Alle handboeken benoemen dat het opbouwen en herstel van het netwerk een thema is. Genoemd wordt onder andere de inzet van netwerkberaad of Eigen Kracht Centrale (twee programma's). Ook het betrekken van voor het meisje belangrijke personen bij de behandeling (bijvoorbeeld bij MDFT of systeemtherapie) wordt genoemd (vier programma's), en een presentatie door het meisje aan het netwerk over wat zij geleerd heeft en van hen nodig heeft (één programma).

Activiteiten gericht op opbouwen nieuw netwerk

Deelname aan een sportclub of vereniging, andere vrijetijdsbesteding en deelname aan een maatjesproject worden beschreven als activiteiten om een nieuw netwerk op te bouwen (vijf programma's).

Tabel 3.4 Gezin en netwerk: overzicht interventies databank Effectieve jeugdinterventies

Interventie	Databank Effectieve jeugdinterventies	Inzet in programma's
Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG)	Effectief volgens eerste aanwijzingen	3 programma's
Multidimensionele familietherapie (MDFT)	Effectief volgens goede aanwijzingen	2 programma's
Relationele Gezinstherapie (RGT)	Goed onderbouwd	1 programma

Maatschappelijke participatie

In alle zorgprogramma's zijn activiteiten opgenomen gericht op maatschappelijke participatie van de meiden. De activiteiten richten zich op deelname aan school, werk of andere dagbesteding, vrijetijdsbesteding en de toekomst.

Onderwijs en werk

Binnen alle zorgprogramma's vormt het onderwijs, en wanneer dat niet mogelijk is een passende dagbesteding in de vorm van werk of vrijwilligerswerk, een belangrijk onderdeel in het programma van de meiden. Bij vijf zorgprogramma's starten de meiden in beginsel op een interne school. Bij twee zorgprogramma's is in de handleiding specifiek genoemd dat de meiden later in de behandeling hun schoolgang voortzetten op een reguliere school. Dit is ofwel de school van herkomst ofwel een nieuwe school.

Bij twee zorgprogramma's kunnen de meiden, wanneer zij tijdelijk niet naar school kunnen of mogen vanwege de veiligheid, worden ingeschreven voor Maatwerk (voorheen Leren Op Afstand, LOA). Bij één zorgprogramma wordt dan een vervangend dagprogramma opgezet, bestaande uit schoolopdrachten, creatieve opdrachten en taken in huis.

Vrijetijdsbesteding

Met uitzondering van twee zorgprogramma's geldt voor de programma's dat deelname van het meisje aan vrijetijdsactiviteiten in de handboeken beschreven wordt. De meiden maken tijdens het verblijf kennis met mogelijkheden om hun vrije tijd op een positieve manier in te vullen en te ontdekken wat zij leuk vinden. Het aanbod aan vrijetijdsactiviteiten in de verschillende zorgprogramma's varieert. Zo is er binnen één zorgprogramma sprake van vijf programmaspecialisaties (sport, multimedia, cultuur, participatie en dierverzorging), kent een zorgprogramma het onderdeel Vrijetijdsbesteding, Dagbesteding en arbeidsparticipatie, en worden in de programma's van drie zorgprogramma's activiteiten als pianoles, massage, lichaamsverzorging, yogales en sporten aangeboden. Binnen één zorgprogramma zijn er mogelijkheden voor zang, muziek, creativiteit, kunst en cultuur, en sportactiviteiten (o.a. de module Movement/running therapie), en is er jaarlijks een drieweekse Summerschool waarin vrijwilligers vanuit hun eigen interesse, hobby of werk een workshop aanbieden. De meiden kunnen hierin hun eigen talenten en wensen ontdekken, wat weer input oplevert voor het behandelplan.

Toekomstperspectief

In de handleiding van zes zorgprogramma's wordt beschreven op welke wijze er aandacht wordt besteed aan het afscheid van het meisje van de groep. Dit gebeurt meestal in individuele gesprekken. Enkele instellingen hebben modules ontwikkeld om meiden voor te bereiden op zelfstandigheid, zoals omgaan met geld, wegwijs bij instanties, en het maken van keuzes.

3.3 Samenvattend

Op hoofdlijnen is er consensus over welke hulp het beste is voor de meiden. Er zijn veel overeenkomsten in de zeven zorgprogramma's die zich richten op behandeling. De behandelprogramma's zijn modulair opgebouwd. Naast een specifiek aanbod voor alle meiden kunnen individueel op maat aanvullende interventies worden ingezet. PINQ-crisis heeft een andere opzet en biedt opvang en crisisinterventie waarbij de situatie van meiden in kaart wordt gebracht en wordt nagegaan of er sprake is van seksuele uitbuiting.

De basiselementen komen in alle programma's terug. Tussen de handboeken bestaan verschillen in de mate waarin de elementen zijn uitgewerkt. De mentoren hebben in veel programma's een grote rol. Er zijn veel thema's waaraan zij met de meiden werken in wekelijkse gesprekken. Bij een aantal handboeken is dit goed uitgewerkt en krijgen mentoren hulpmiddelen hiervoor aangereikt.

Voor het vergroten van seksuele en relationele weerbaarheid zijn bestaande interventies beschikbaar. Een groot deel is opgenomen in de databank Effectieve jeugdinterventies. Behandelactiviteiten gericht op het versterken van het zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde zijn divers en lijken vaker zelf ontwikkeld binnen het programma of de instelling.

Het aanbod van de zorgprogramma's op het gebied van trauma bestaat naast therapeutische interventies uit psycho-educatie en het motiveren van meiden voor traumaverwerking. Zowel voor het stabiliseren als voor het behandelen van de klachten worden bestaande interventies ingezet. Hoewel deze interventies niet in de databank zijn opgenomen, is het aanbod grotendeels evidence-based. Het aanbod per programma verschilt deels.

Zorgprogramma's bieden interventies voor diverse andere psychosociale problematiek. Dit aanbod verschilt per instelling.

Vaktherapie wordt in de meeste zorgprogramma's aangeboden. In een aantal programma's is dit onderdeel van het aanbod dat alle meiden ontvangen. Vaktherapie wordt voor verschillende doelen ingezet.

Gezins- en systeemgericht werken komt in alle handboeken naar voren. Het aanbod bestaat uit verschillende soorten activiteiten gericht op ouders, en uit gezinsbehandeling. In een aantal programma's wordt voor gezinsbehandeling gebruik gemaakt van erkende gezinsinterventies. De meeste programma's hebben dit niet gespecificeerd. De handboeken besteden ook aandacht aan het bredere netwerk. Het belang hiervan wordt onderbouwd, maar de activiteiten zijn minder uitgewerkt.

Onderwijs en talentontwikkeling zijn de belangrijkste activiteiten gericht op maatschappelijke participatie. Onderwijs wordt in enkele handboeken uitgebreid beschreven. In beperkte mate zijn er modules ontwikkeld die worden ingezet op het gebied van het omgang met geld en instanties.

4. Tien belangrijke lessen van meiden

Karijn Aussems, Maaïke Muntinga, Christine Dedding (Amsterdam UMC)

4.1 Participatief onderzoek naar de mening van meiden over de kwaliteit van zorg en welzijn

Steeds vaker wordt bij zorgevaluaties het perspectief van degenen die de zorg ontvangen actief meegenomen. Dit geldt ook voor onderzoek naar de werkzaamheid van interventies in de jeugdzorg (cf. Bijleveld, Dedding & Bunders, 2014; Bijleveld, Bunders & Dedding, 2020). Daar zijn verschillende redenen voor. Ten eerste kunnen op deze manier effectmaten worden geïdentificeerd die aansluiten bij de behoefte en ervaringen van de jongeren. Zo kan in kaart worden gebracht wat volgens de jongeren zelf het gewenste resultaat van zorgprogramma's is. Ten tweede kan zo maatwerk worden geleverd zodat de zorgverlening optimaal aansluit bij de behoeften van jongeren. Dit doet recht aan de kennis en kunde van jongeren en de complexe realiteit waarin zij leven. (Abma et al., 2019; Dedding et al., 2013, 2022). Bovendien is het een recht van kinderen en jongeren om gehoord te worden in besluitvorming die raakt aan hun lijf en leven (UNCHR, 1989)

In dit hoofdstuk delen we de resultaten van het participatieve onderzoek naar de ervaringen en perspectieven van meiden op de open en gesloten groepen. Tijdens dit onderzoek brachten we in kaart wat de meiden verstaan onder goede zorg en wat er volgens hen beter kan. Doel was om vanuit het perspectief van de meiden te herkennen wat voorwaarden zijn voor goede zorg, en welke effectmaten in de zorgprogramma's gebruikt kunnen worden. Ook wilden we de ervaringsdeskundigheid van de meiden centraal stellen en optimaal benutten. Dit was ter voorbereiding voor de landelijke n=1-studies, zodat het onderzoek niet alleen wordt gevoed door wat onderzoekers en zorgverleners belangrijk vinden, maar ook door de meiden zelf.

Het participatieve onderzoek voerden we uit op vier locaties (één open groep en drie gesloten groepen) met creatieve kwalitatieve methoden, zoals fotografie, schilderijen maken op locaties, en kunstwerken maken van servies. Op elke locatie is vervolgens een eindvoorstelling gehouden, met een dialoog tussen de meiden en hun begeleiders. Tijdens de sessies deelden de meiden hun verhalen en ideeën voor verbeteringen van de zorg. De belangrijkste adviezen zijn samengevat in tien belangrijke lessen aan zorgverleners en beleidsmakers. We beginnen iedere les met een korte beschrijving van het probleem waar de meiden mee zitten, gevolgd door een oplossingsrichting. Voor een [uitgebreidere rapportage](#) van onze bevindingen verwijzen wij naar het Engelstalige artikel (Aussems et al., 2020).

4.2 De belangrijkste lessen van de meiden

Les 1: Ik krijg de ruimte

De meiden waren het er zonder twijfel over eens dat *het krijgen van ruimte* het allerbelangrijkste is. Zowel op de open als op de gesloten groep voelen zij zich vaak opgesloten en verlangen ze naar meer ruimte om te doen wat ze willen:

Alles bij elkaar is gewoon ruimte. We willen letterlijk voor alles meer ruimte, ook voor vriendschappen. Gewoon minder regels, niet te veel regels. Het is goed als de leiding naar je toekomt, dat ze vragen 'wat zou jij goed vinden?' En niet 'dit zijn de regels en daar moet je je aan houden!' Want ieder meisje is anders. Als ik de baas ben, dan wil ik de mening van iedereen weten, dat verschilt ook echt per persoon. (Janice, 15, open)

Meiden vergeleken de locatie vaak met een gevangenis. Saïda (17, gesloten): 'Als ik naar huis ga kijken mensen uit de buurt op me neer. Ze denken dat we crimineel zijn. Mijn zus durft me ook niet te bezoeken. Het is te veel een gevangenis. Ik wens dit niemand toe.' Shalina (15, gesloten): 'gesloten zitten maakt mensen erger, het geeft nog meer wegliepneigingen, helpt niet, je wordt gek en agressief, je bent dan tien keer zo erg'.

Oplossingsrichtingen

De meiden willen naar buiten kunnen als het binnen 'te heet' wordt. Lorraine (17, gesloten): 'Als ik boos ben wil ik buiten gaan lopen. Dat kan hier niet.' Dat maakt de meiden prikkelbaarder, volgens Rania (17, open): 'We kunnen [om heel kleine dingen] heel boos worden, want we zitten heel lang binnen, we hebben geen vrijheid.' Ze stellen voor dat eigen kamerdeuren en ramen open kunnen:

[Ik wil] verder een raam dat gewoon, niet dat hij helemaal open kan, want dan lopen mensen natuurlijk weg, dat snap ik zelf ook wel. Maar gewoon dat je je raam een stukje open kan zetten zodat er wel frisse lucht naar binnen kan. (Sterre, 13, gesloten)



Foto 1. Sterre laat haar raam zien dat niet open kan

Les 2: Ik kan mezelf zijn

Jezelf kunnen zijn vinden de meiden heel belangrijk, maar niet makkelijk. Vooral niet op een plek die in het begin onbekend is, en met mensen die je vreemd zijn. Sommige meiden zeiden dat ze hun emoties niet tonen omdat ze dan kwetsbaarder zijn. De tekst 'Homies tuchten' van de hiphopper LouiVos (2018) wordt gedeeld: 'Je zit weer binnen, doe je best je kan niet tuchten / Gebroken van buiten, maar never van binnen, zelfs niet in die kooi.' 'Tuchten betekent 'we huilen niet, we laten onze emoties niet zien. Als je huilt en zielig doet kom je hier sneller weg. Als je eerlijk bent kom je hier niet weg.' Soms worden meiden na hun verlof kritisch bevraagd. Rania (17, open): 'Als ik nu twee uurtjes weg ben geweest zeggen ze meteen, 'met wie heb je seks gehad?' De meiden hebben moeite met zulke stereotypering, net als het aangesproken worden als *slachtoffer van loverboys*.

Oplossingsrichtingen

Meiden willen zoveel mogelijk zichzelf kunnen zijn. Zij zien zichzelf als uniek, met eigen problemen en behoeften. Pas de zorg daarop aan, zo adviseren zij. Soms betekent dat minder bemoeizucht, meer vertrouwen en dingen doen die bij ze passen. Deze persoonlijke aanpak betekent ook dat ze niet meer als *slachtoffer van loverboys* worden aangesproken. 'Noem ons bij onze naam,' adviseert Lea (gesloten, 17).

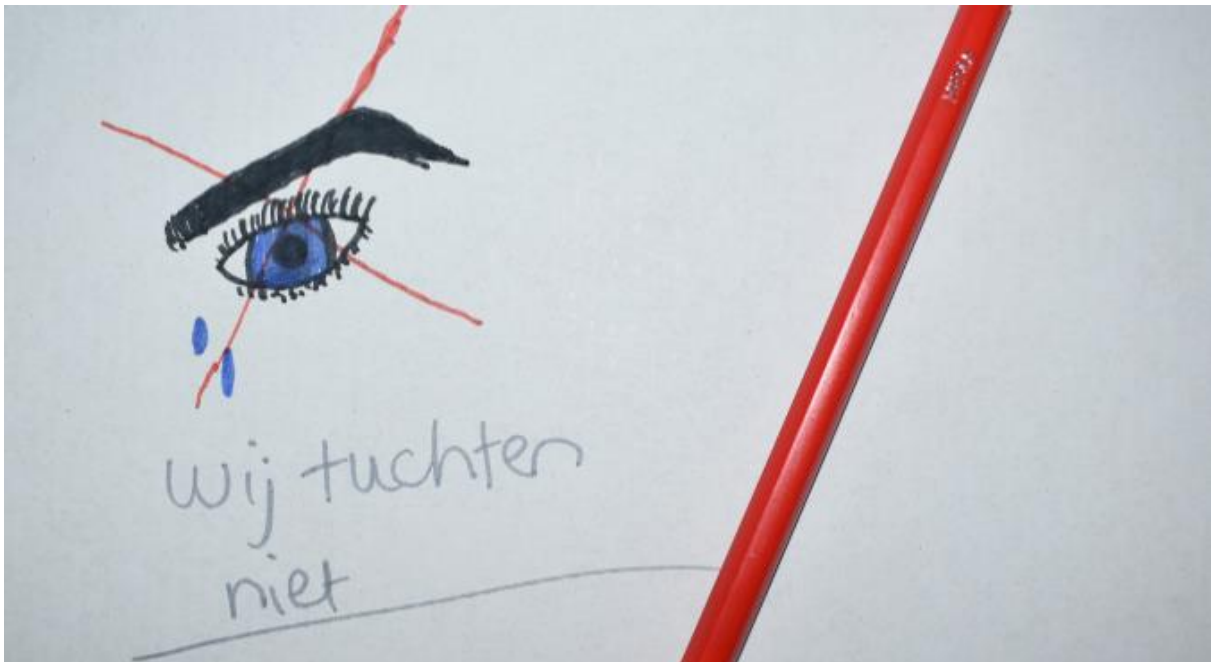


Foto 2. Khadija (16) tekent hoe zij omgaat met haar emoties

Les 3: Ik voel me veilig

De meiden verlangen naar meer veiligheid op de locatie. Ze voelen zich bekeken met alle camera's, intercoms en mensen in de buurt. Dat ongemakkelijke, onveilige gevoel is ook op hun kamer. Soms stapt begeleiding binnen zonder kloppen: 'Hij kwam binnen, ik stond naakt!'

De manier waarop begeleiders hun gedrag corrigeren vinden ze te hard, zoals door fixatie of opsluiting in de isoleercel. Ze geven toe dat zij ook zelf grof kunnen zijn: 'Als jullie boos op ons worden om iets dat echt heel klein is, dan kunnen wij ook heel hard tegen jullie reageren.' De meiden kunnen zich ook onveilig voelen bij elkaar: 'Er is liegen, stelen, bedriegen. Iedereen is doof en blind als anderen ruzie hebben. Als er wat met mij gebeurt dan komt niemand voor me op.'

Oplossingsrichtingen

Conflicten los je beter op met minder hardheid, volgens de meiden. Rania (17, open): 'Als jullie ook gewoon rustig naar ons reageren dan staan we wat meer open voor een gesprek.' Ook willen ze andere straffen. Jocelyn (15, gesloten): 'Jullie moeten betere consequenties geven zoals niet een klein bordje eten of drie uur op je kamer.' Het lijkt haar beter als ze voor straf moet afwassen. Dat vindt ze vervelender dan alleen op haar kamer zitten. Anders breekt ze juist regels om alleen te mogen zijn.



Foto 3. De isoleercel waar de meiden hun ervaringen voorlegden aan hun begeleiders

Les 4: Ik bepaal wie mij aanraakt

Meiden balen ervan dat ze weinig keuze hebben wie hen aanraakt. Ze missen de vrijheid om tegen elkaar aan te mogen zitten. Lea: (17, gesloten): 'Ze zeggen dat het niet mag.' Maar noodgedwongen op elkaars lip zitten vinden ze ook vervelend. Springer (16, gesloten): 'We hebben heel weinig ruimte voor onszelf.' Patricia (15, gesloten): 'Bloedirritant om altijd met acht, negen meiden op elkaars lip te zitten. Dan ga je je irriteren.' Daarnaast voelen ze zich ongemakkelijk als leiding hen aanraakt of vastpakt. Vooral als het is om gecorrigeerd of gestraft te worden. Ruby (17, gesloten) vindt fixaties niet kunnen: 'Ik ben vaak vastgepakt, hadden ze mijn arm naar achter getrokken. Dat mag niet.' Jolanda (15, gesloten) adviseert haar: 'Ik zou me overgeven, je gaat het toch niet winnen.'

Oplossingsrichtingen

Sommige meiden nemen zich voor om de fixaties niet langer te pikken. Jocelyn (15, gesloten): 'De eerste keer huilde ik, toen was ik heel erg geschrokken, de volgende keer word ik boos.' Sterre (13, gesloten) is stellig: 'De leiding moet ons niet zomaar aanraken.' Dat geldt ook voor omhelzingen. Die zijn pas welkom als ze een goede band hebben.



Foto 4. Meiden houden elkaars handen vast, wat hun begeleiders volgens hen soms niet toestaan

Les 5: Ik maak mijn eigen keuzes

De meiden missen de kans om zelf keuzes te maken in de instelling. Ze voelen zich beperkt en machteloos door de regels van de begeleiders. Sterre (13, gesloten): 'Ze bepalen wat we aandoen, ze bepalen wat we eten, ze bepalen welke taken we doen, ze bepalen wanneer we schoonmaken, ze bepalen wanneer we naar buiten gaan, en ze bepalen hoe mijn bed staat in mijn kamer.' Een gesprek met begeleiders zien ze als zinloos: 'We kunnen toch niks veranderen, ze zijn Oost-Indisch doof.' Ze voelen zich gefrustreerd door de onzekerheid over wanneer ze weg mogen: 'Ik voel me een gevangene. Maar dan heb je tenminste een einddatum.' De afgesproken einddatum werd vaak uitgesteld bij een incident.

Oplossingsrichtingen

De meiden willen meer invloed op de afdeling, zoals wanneer ze verlof krijgen en wie ze mogen zien. Rania (17, open): 'Wat ik nodig heb is mijn vrijheid terug, de tijd vergeten, niet: okay, ik moet weer terug.' Springer (15, gesloten) werd hoopvoller na een gesprek met de begeleider die luisterde naar hun grieven:

Eerlijk gezegd, sommige dingen zoals ik denk, dat wordt toch niet gedaan, maar ik zie dat sommige dingen wel kunnen veranderen. Het is een propositie en vragen mag, vragen doet geen pijn, je krijgt een antwoord of je krijgt een antwoord niet. Je kan het altijd proberen, toch?

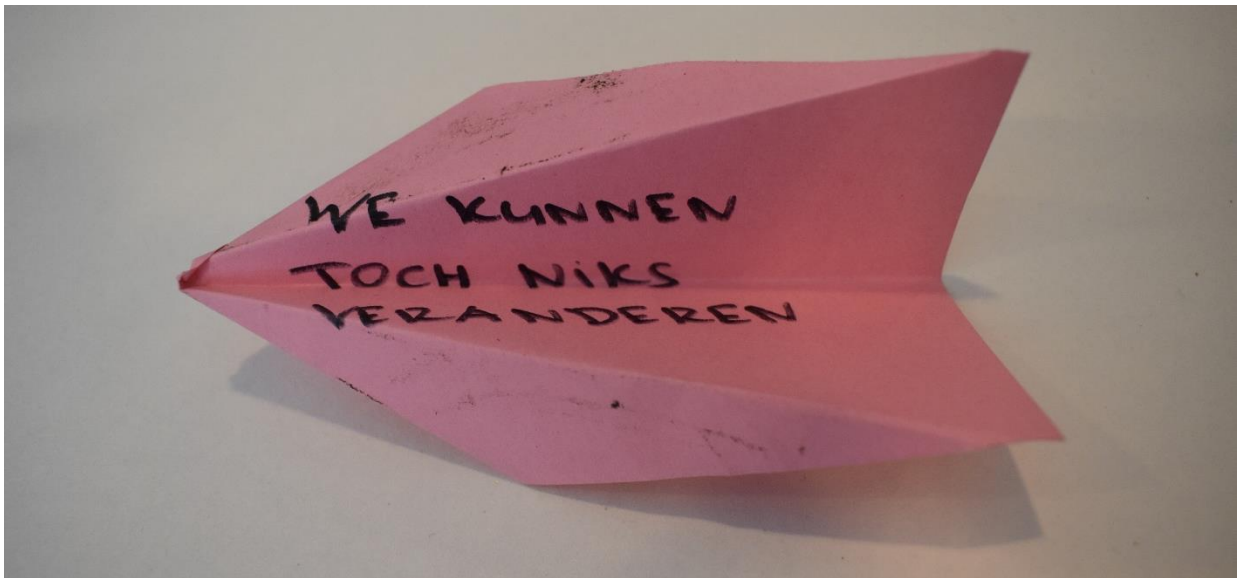


Foto 5. Jocelyn maakt een vliegtuigje en gooit het ver weg

Les 6: Ik mag fouten maken

De meiden missen de ruimte om fouten te maken zonder het vertrouwen van de leiding te verliezen. Fouten maken moet kunnen om te leren, volgens Hayat (14, open):

Ik heb meegekregen dus dat [open instelling] het liefst alles langzaam doet en goed. Maar ik denk dat het toch ook handig is dat als een jongere bijvoorbeeld toch die fout maakt, dat ze dat leren en dan te weten hoe je er de volgende keer mee omgaat, [in plaats van] dat alles perfect moet lopen.

Dat betekent dat begeleiders minder controleren wat de meiden doen. Bijvoorbeeld ook telefoongesprekken minder in de gaten houden: 'Dat is wel iets wat we niet leuk vinden. Als je bijvoorbeeld telefoonmomenten hebt dan wordt er heel erg veel op je gelet. Ik begrijp zelf ook dat jullie het uit zorg doen.'

Oplossingsrichtingen

De begeleiders moeten meer aandacht hebben voor wat we wel goed doen, zeggen de meiden. En niet blijven herhalen dat we fouten maken. Hayat: 'Ik heb liever dat iemand zegt, *ja, okay, je hebt die fout gemaakt en hoe kunnen we het nu anders doen en wie kan jou daarbij helpen?*' Isabel (14, gesloten) beaamt dit: 'Dat van laat ons fouten maken om te leren heeft een beetje te maken met het vertrouwen zodat we later weer meer vrijheid kunnen opbouwen.'



Foto 6. Sterre laat zien dat ze tegen de regels in op sokken loopt

Les 7: Ik mag sexy zijn

Sexy zijn moet kunnen. Er is niets fout aan, volgens de meiden. Maar de regels maken het *sexy zijn* onmogelijk. Sterre en Springer vinden het overdreven dat ze geen naveltruitje of kort rokje mogen dragen. Maar heel soms keuren meiden de sexy kleding ook af. Sabrina (16, open) vond een jurk te strak: 'Je kon je tieten er doorheen zien.' Meskerem (15, gesloten) bekritiseert de kleding van haar begeleider: 'Ik moet legging onder jurk of rok. Maar begeleiders dragen zelf wel rok zonder legging.'

Oplossingsrichtingen

De meiden vragen de leiding om minder strenge kledingregels. Sterre (13, gesloten) stelt een compromis voor: 'Ik vind dat een kort broekje wel moet kunnen. Een korte rok, dat begrijp ik dat het niet kan. Kijk, ik snap bij een rok, als je bukt, dan zie je alles, maar bij een broek niet.'



Foto 7. Sterre en Springer vinden dat doorschijnende kleren en topjes moeten mogen

Les 8: Ik kan aandacht vragen

Meiden raken gestrest als ze niet kunnen kiezen wanneer ze aandacht krijgen. Soms tonen de begeleiders aandacht als de meiden juist met rust gelaten willen worden. Hayat (14, open) baalt vooral van de negatieve aandacht van haar begeleiders: 'Ik moet hen wel vertrouwen maar zij vertrouwen mij niet. Het moet wel van twee kanten komen.' En soms willen meiden juist aandacht als begeleiders geen tijd of geduld hebben: 'Ze luisteren niet.' Elkaar leren kennen kost tijd, zeiden de meiden. Maar ze zijn er nooit zeker van of de begeleider er de volgende dag nog is. Maya (15, gesloten): 'Dan weet een mentor heel veel van je en dan krijg je een nieuwe.'

Oplossingsrichtingen

Laat ons kiezen wanneer we aandacht krijgen. Dus geen ongevraagde bemoeienis, maar positieve aandacht wanneer we het willen. En dat verschilt per meisje. De een wil aandacht als ze van streek is, terwijl de ander dan juist met rust gelaten wil worden. Het liefst willen zij aandacht van een begeleider met wie ze al een goede band hebben. Een begeleider met dezelfde ervaringen wordt gewaardeerd:

Ik kan het meestal goed vinden met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt. [Zoals bij Vera]. Zij komt vaak bij mij op mijn kamer voordat ik ga slapen en dan praten we heel erg lang en dan vertelt ze ook haar verhalen. (Sterre, 13, gesloten)



Foto 8. Aranchi (15) laat zien hoe volgens haar goede zorg eruit zou moeten zien: positieve aandacht en liefde van de leiding

Les 9: Ik verveel me niet

De meiden balen van de saaiheid in hun dagen. Brenda (16): 'Ik verveel me dood.' Ze vervelen zich vooral door de beperkte vrijheid. Rajisha (17, open): 'Voor simpele dingen heb je toestemming nodig. Je hebt toestemming nodig om te gaan werken. Tuurlijk hebben we dan geen motivatie meer. Wat is het volgende? Toestemming vragen of je naar de wc mag?' Daardoor is ze ook niet meer gemotiveerd om te denken: 'Ik ben gestopt met denken sinds ik hier ben. Vroeger vond ik denken leuk.'

Oplossingsrichtingen

Volgens Springer (15, gesloten) is de oplossing tegen verveling dat begeleiders meer activiteiten bieden: 'Als we iets meer doen, wordt de groep hechter, is de sfeer beter, iets minder saai, iets minder ruzie, minder irritaties.' Daarnaast adviseert Hayat (14, open) om beter onderwijs te bieden:

Ik vind dat docenten zeg maar beter opgeleid moeten worden om een echte docent te lijken, die ook buiten les geeft, want heel veel meiden raken niet gemotiveerd op school. Op begin had ik het hier ook. Nieuwe mentor, nieuw begin. Ja, maar niks is geregeld en alles is rommelig dan raak je je motivatie kwijt, beetje bij beetje.



Foto 9. Adila's tekening op het tafelkleed

Les 10: Ik *snitch* niet

Last but not least willen meiden dat hun geheimen veilig zijn. Sterre (13, gesloten) had met een markeerstift *Trust nobody!!* op haar kledingkast geschreven. 'Dat is gewoon toen ik boos was, had ik op mijn kast geschreven. En dat kwam eigenlijk gewoon omdat veel mensen aan het praten zijn en hoe meer mensen praten hoe minder mensen ik ga vertrouwen in die zin.' Jocelyn (15, gesloten) mist zelfs privacy op haar kamer. Zij wees op haar kamer naar haar intercom met de tekst: 'Ze luisteren' (foto 10).

Oplossingsrichtingen

Tijdens de gesprekjes vragen en beloven de meiden aan elkaar om niet te *snitchen* (straattaal voor iemand verklikken of verraden). Sabrina (16, open) garandeert dat anderen op haar kunnen rekenen: 'Ik ben nooit een *snitch* maakt niet uit wat de situatie is. Niet mijn zaak. Je moet er gewoon niet aan denken.' Maar wel mag er gesnicht worden als het meer voordelen oplevert, of om veilig te blijven. Sabrina vertelde over haar moeders problemen toen het thuis fout ging: 'Mijn moeder is in het ziekenhuis met mentale stoornis. Moeder geeft me stress. Kan ik nu even niet hebben. In dit geval ben ik de *snitch*.' Daarnaast vragen de meiden ook van de begeleiders om meiden niet altijd af te luisteren en toevertrouwde geheimen niet met collega's te delen.



Foto 10. De intercom op Jocelyn's kamer

4.3 Samenvattend

Het doel van het participatieve onderzoek met de meiden op de open en gesloten groepen was om in kaart te brengen wat zij verstaan onder goede zorg. De perspectieven van de meiden zijn gebruikt bij de ontwikkeling van de onderzoeksopzet naar de zorg voor meiden die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting. Daarnaast is een artikel gepubliceerd met een verdieping wat zij verstaan onder goede zorg en een evaluatie hiervan vanuit theoretische inzichten (Aussems et al., 2020).

Hoe willen meiden gezien worden?

De meiden vragen om meer waardering voor wie zij zijn, voor hun uniek-zijn. Dat betekent voor hen dat ze niet aangesproken worden als slachtoffer van seksuele uitbuiting. Liever willen ze als 'normaal' gezien en behandeld worden, zodat ze zichzelf kunnen zijn en hun eigen identiteit kunnen ontwikkelen. Een identiteit die niet bedoezeld wordt met het label van *slachtoffer van loverboys* of de ervaring van 'gevangen zitten'. Zij bekritisieren het beeld van professionals dat de mannen in hun leven slechte bedoelingen hebben. Ijadi-Maghsoodi en collega's (2018) rapporteerden vergelijkbare resultaten in Zuid-Californië: jongeren richtten zich meer op hun zelfredzaamheid om te overleven dan op hun slachtofferschap van jongens. Tegelijkertijd vragen de meiden die deelnamen aan dit onderzoek wel om erkenning van wat zij als probleem ervaren, zoals de moeite met alledaagse dingen als op tijd opstaan en naar school gaan, en de vaak moeizame relatie met hun ouders (Aussems et al., 2020). Erkenning én behandeling van wat zij als probleem ervaren bespaart volgens hen veel (onnodige) frustratie bij henzelf.

Wat zijn hun wensen in de zorg?

Goede zorg, zo stellen de meiden, is dat begeleiders hen meer vertrouwen. Dat betekent: minder toezicht en straffen, meer bewegingsvrijheid en privacy. Terwijl leeftijdsgenoten vrijheid hebben om te ontdekken, risico's te nemen en fouten te maken, voelen de meiden in de instelling zich beperkt in het ervaringsleren. Meiden hebben behoefte aan meer ruimte om fouten te maken en zelfs te liegen; naar buiten te kunnen, te experimenteren, te vallen en op te staan. Tegelijkertijd willen zij zich ook veilig voelen. Nu voelen meiden zich nog vaak onveilig in de groep, bij begeleiders én elkaar (Aussems et al., 2020). De vraag is hoe de professionals in deze complexe situatie autonomie en veiligheid beide kunnen waarmaken, twee doelen uit het VN-Kinderrechtenverdrag (UNCRC, 1990). Volgens de meiden begint het met hen écht te zien en te horen, en serieus te nemen wat zij zeggen. Juist omdat ieder meisje andere problemen heeft, en daarom ook een eigen aanpak nodig heeft.

4.4 Wetenschappelijke verantwoording

Dit participatieve onderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van het Amsterdam UCM, afdeling Ethiek, Recht en Humaniora (sectie participatie & diversiteit) in samenwerking met het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Het onderzoek is uitgevoerd bij drie verschillende instellingen. Per instelling werd een sessie van drie dagen gehouden. Bij de eerste twee instellingen was dit met meiden op een gesloten groep (N=11 en N=8). Bij de derde instelling betrof het een sessie van drie dagen met meiden op een open groep (N=4) én een validatiesessie van twee uur met meiden van een gesloten groep (N=4). Afsluitend is nog een tweede validatiesessie gehouden, specifiek gericht op de lessen van de meiden als advies aan begeleiders en beleidsmakers. Daarbij waren meiden aanwezig van een open groep (N=3) en één die weer zelfstandig woonde en tevens heeft deelgenomen aan het effectonderzoek. Hier is een uitgebreide kennismaking met de instellingen aan voorafgegaan, waarin ook interviews met de professionals zijn gehouden en een beeld is gekregen van de woon-, school- en behandelomgeving.

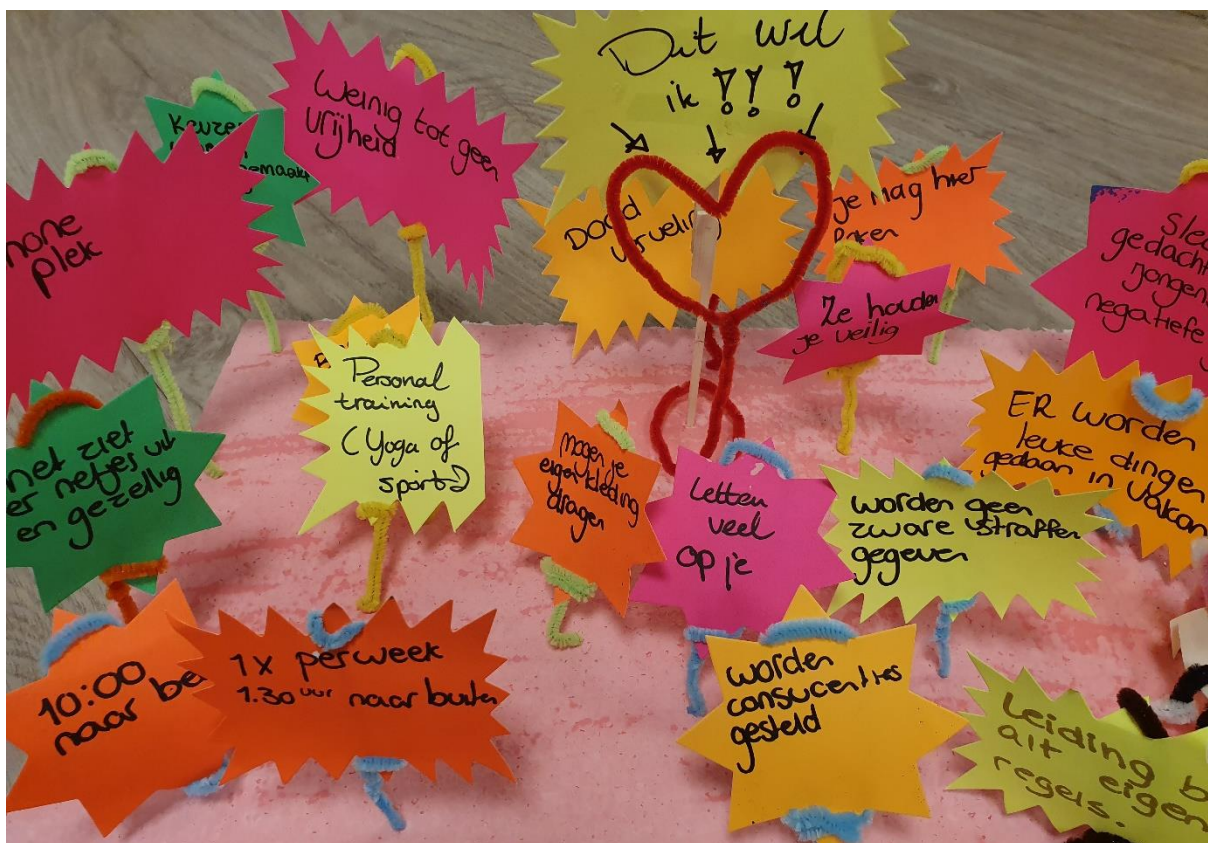


Foto 11. Tijdens de sessies gebruiken de meiden creatieve middelen om hun ervaringen te delen

Deelnemers

We spraken met 31 meiden die verbleven op drie gesloten instellingen (N=22), een open instelling (N=8), en waarvan één intussen weer zelfstandig woonde. Zij waren tussen de 12 en 19 jaar oud. De meeste meiden waren tijdens het onderzoek minder dan een half jaar bij de instelling, terwijl één er inmiddels twintig maanden was opgenomen. De meiden hadden veelal een complexe geschiedenis. Zij spraken over de problemen met hun ouders, bij pleeggezinnen en bij jeugdinstituten, en over de traumatische ervaring van de overstap van de ene locatie naar de andere. Meerdere meiden spraken over hun ervaring met verwaarlozing, geweld, misbruik en zelfmutilatie, en over hun complexe relaties met ouders die een strafblad of verslaving hebben.

Enkele meiden kozen ervoor om niet mee te doen omdat zij andere afspraken voorrang gaven, zoals hun stage, therapie of hoorzitting. Wij vonden het belangrijk dat meiden zelf bepaalden of ze meededen. Dit is volgens ons een voorwaarde voor respectvolle samenwerking. Tijdens de bijeenkomsten letten we op tekenen van ongemak en herinnerden wij de meiden regelmatig eraan dat ze zelf konden kiezen of ze vragen wel of niet wilden beantwoorden.

Tabel 4.1 De deelnemende meiden tijdens het participatieve onderzoek

Sessie	Groep	Datum	Sessie	Aantal deelnemers	Leeftijd deelnemers
1 ^e locatie	Gesloten	Mei, juni 2019	3 dagen sessie	N=11	13, 14, 14, 15, 15, 15, 15, 16, 16, 17, 17
		Juni 2019	3 dagen observatie		
2 ^e locatie	Gesloten	Juli 2019	3 dagen sessie	N=8	14, 14, 15, 16, 16, 17, 17, 17
		Augustus 2019	1 dag observatie		
3 ^e locatie	Open	November 2019	3 dagen sessie	N=4	14, 16, 16, 17
3 ^e locatie	Gesloten	December 2019	1 avond validatie-sessie	N=4	12, 14, 15, 17
NJi	Allen uitgenodigd	April 2022	1 avond, aanvullende validatiesessie voor advies aan begeleiders en beleidsmakers	N=4	Van open groep: 13, 13, 15 Zelfstandig wonend: 19

Toestemming van de meiden

De Medisch Ethische Toestingscommissie van Amsterdam UMC keurde het onderzoek goed. Meiden die aan ons project deelnamen, werden uitgenodigd door hun begeleiders die aan hen een informatiebrief over het project gaven. De deelnemende meiden en ouders van meiden onder de 16 jaar hebben een toestemmingsformulier ondertekend. Voor hun anonimiteit hebben we gefingeerde namen gebruikt. Voor de publicatie zijn alleen foto's gebruikt waarop de meiden niet te herkennen zijn.

5. Resultaten n=1-studies

Het doel van de n=1-studies is om kennis te verzamelen over de uitvoering en effectiviteit van acht zorgprogramma's. Gezien de exploratieve aard van het onderzoek, en de heterogeniteit in de karakteristieken van de meiden en van de ingezette interventies, is er in dit onderzoek voor gekozen om single-case-methodologie in te zetten. Met het onderzoek willen we meer zicht krijgen op wat wel en niet werkt in het bereiken van de doelen bij deze doelgroep en waarom. Meer kennis over wat werkt voor welk meisje biedt de jeugdhulpaanbieders aanknopingspunten om zorgprogramma's verder te ontwikkelen en optimaler in te zetten. Bij de start van het onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe ziet de individuele behandeling van de meiden eruit? Welke behandelelementen zijn ingezet?
2. Wat is de effectiviteit van het zorgprogramma op de onderzochte meiden?
3. Hoe hangen ingezette elementen samen met het verloop van klachten bij meiden?
4. Welke (combinatie van) elementen van het zorgprogramma werken het beste voor wie?
5. Wat is de bewijskracht voor de effectiviteit van het zorgprogramma?

Het onderzoek is bij acht zorgprogramma's uitgevoerd. In totaal hebben 34 meiden deelgenomen aan het onderzoek. In het rapport 'Meiden per zorgprogramma' (Addink et al., 2022) beschrijven we de resultaten per meisje en geven we per instelling een samenvattend overzicht van de resultaten over alle cases heen. In het huidige hoofdstuk presenteren we de resultaten van de 34 meiden bij elkaar.

5.1 Methode

Selectie cases

Het onderzoek richt zich op feitelijke en vermoedelijk meisjesslachtoffers van seksuele uitbuiting. Gedurende de inclusieperiode zijn door de instelling cases geselecteerd aan de hand van de volgende criteria: het meisje is tussen de 12 en 23 jaar oud, het meisje en de ouders van een meisje jonger dan 16 jaar geven toestemming voor deelname aan het onderzoek, en het meisje is feitelijk of vermoedelijk slachtoffer van seksuele uitbuiting. Het risicotaxatieinstrument RiS-L (2017) en de categorisering van slachtoffers volgens de Commissie-Azough (2014) zijn gebruikt om in te schatten of een meisje feitelijk of vermoedelijk slachtoffer is.

De inclusieperiode heeft ruim een jaar geduurd. In deze periode zijn in totaal 182 meiden opgenomen bij een van de zorgprogramma's. Bij 103 meiden zijn op het moment van opname met de RiS-L geen signalen of feiten naar voren gekomen die erop wijzen dat zij vermoedelijk of feitelijk slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting. Er zijn 79 meiden die voldoen aan de inclusiecriteria. Bijna de helft van de meiden doet mee aan het onderzoek. De belangrijkste redenen dat meiden niet mee doen zijn dat het meisje geen toestemming geeft voor deelname aan het onderzoek of dat het meisje kort na opname niet meer in de instelling verblijft. Uiteindelijk zijn 34 meiden geïnccludeerd in het onderzoek (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Overzicht instroom en inclusie

Zorgprogramma	Voldoet aan inclusiecriteria	Non-respons	Inclusie
Asja	17	9	8
Fides	5	2	3
Hestia	17	12	5
PINQ-crisis en - behandeling*	9	5	4
PINQ-gesloten	15	8	7
Safe and Sound**	11	8	3
Veilig Lima	5	1	4
Totaal	79	45	34

*Cases van PINQ-behandeling zijn alleen als vervolg op PINQ-crisis meegenomen.

** Cases van Safe and Sound zijn alleen van de gesloten groep meegenomen.

Onderzoeksopzet

Design

In dit naturalistische onderzoek combineren we de principes van een ‘*Single Case Experimental Design (SCED)*’ met een systemisch design om de voortgang van de behandeling te monitoren. Bij SCED wordt het functioneren van een cliënt in een baselinefase, voorafgaand aan de behandeling, vergeleken met het functioneren in de behandelfase. Hierdoor vormt de cliënt zijn eigen controleconditie en wordt gekeken in hoeverre er sprake is van verandering door het inzetten van een behandeling (Delsing & Van Yperen, 2017). Bij de zorgprogramma’s is het inrichten van een baseline-fase, waarin op meerdere meetmomenten gegevens worden verzameld over het gedrag van de cliënt voordat het zorgprogramma wordt gestart, niet haalbaar. We maken daarom, naast onderzoek naar veranderingen in de behandelfase, aanvullend gebruik van een systemisch N=1-design, waarbij per meting bij verschillende informanten informatie wordt verzameld. Het systemische N=1-design biedt een alternatief voor de baseline-meting (Spreen, 2009; Spreen, Timmerman, Ter Horst en Schuringa, 2010). Een kenmerk van het systemische N=1-design is dat er per casus naast kwantitatieve gegevens, kwalitatieve informatie wordt verzameld ter ondersteuning of verwerping van de vaststelling van een eventueel effect. Dit betekent dat een effect in een systemische N=1-benadering plausibel wordt gemaakt door de combinatie van de kwantitatieve en kwalitatieve informatie. Deze methode is ontwikkeld voor de evaluatie van forensische gedragsveranderingen door behandelteams van tbs-gestelden, en recent toegepast bij onder meer de evaluatie van effecten van muziektherapie (Aalbers, Spreen, Bosveld-van Haandel en Bogaerts, 2016; Pater, 2022) en de effecten van de Sociale Benadering Dementie in de Proeftuin Dementie Friesland (The, 2017; Tao of Care, 2018).

De onderzoeksopzet combineert een startmeting, eindmeting en follow-up met regelmatige, tweewekelijkse metingen. De startmeting is een uitgebreide meting bij de start van het programma bij het meisje, één ouder en de mentor (T1). De eindmeting bij vertrek uit de instelling is opnieuw een uitgebreide meting bij het meisje, ouder en mentor (T2). In tweewekelijkse metingen gedurende behandeling wordt door het meisje en de mentor op een aantal items gescoord. De follow-up (T3) na een halfjaar is een interview alleen met het meisje. De dataverzameling vond plaats via digitale vragenlijsten, met behulp van het programma Qualtrics, en semi-gestructureerde interviews.

Op basis van een analyse van de doelen van de zorgprogramma’s komen vier gebieden naar voren waarop verandering bij de meiden wordt beoogd:

1. **Uitbuiting en weerbaarheid:** het misbruik is gestopt (seksueel, relationeel) en het risico op herhaling is afgenomen, en er is een toename van weerbaarheid en relationeel gezond gedrag.
2. **Sociaal-emotionele en psychische problematiek:** de sociaal-emotionele problematiek is afgenomen.
3. **Gezin en netwerk:** het netwerk is versterkt. Zowel de gezinsrelaties als het bredere sociale netwerk.
4. **Maatschappelijke participatie:** deelname aan school, werk en vrije tijd en een stabiele woonsituatie.

De effectiviteit van het zorgprogramma wordt onderzocht op deze vier gebieden. Per gebied zijn vragenlijsten en items geselecteerd om de uitkomsten van de behandeling te evalueren (tabel 5.2).

Naast de vier uitkomstgebieden is gekeken naar items die op basis van het participatief onderzoekstraject naar voren kwamen (bijlage 2). Aan meiden is in dit onderzoek gevraagd wanneer zij hun behandeling succesvol vinden en hoe je aan hen kunt zien dat het beter gaat (hoofdstuk 4). Belangrijke onderwerpen voor meiden zijn: gehoord en gezien worden, eten, zelfverzorging, veiligheid en verveling. Zij ervaren problemen met en hebben strijd over deze zaken als het niet goed gaat.

Meetinstrumenten

Een overzicht van meetmomenten en instrumenten per uitkomstgebied is te vinden in tabellen 5.2 en 5.3. Voor de start- en eindmeting is gekozen voor gestandaardiseerde instrumenten die passen bij de gebieden waarop verandering wordt beoogd. Bij de deelnemende instellingen zijn de vragenlijsten geïnventariseerd die in de zorgprogramma's worden gebruikt om in het onderzoek zoveel mogelijk hierbij aan te sluiten. Tussen de zorgprogramma's zijn er veel verschillen in de instrumenten die zij gebruiken. De meeste instrumenten hebben betrekking op sociaal-emotionele en psychische problematiek. Er is een keuze gemaakt uit de vragenlijsten die door (een deel van de) instellingen worden gebruikt. Aanvullend zijn vragenlijsten toegevoegd voor de overige gebieden. Ook is een vragenlijst opgesteld om basisinformatie van het meisje uit te vragen bij de instelling.

Voor de tweewekelijkse meting is gekozen voor een combinatie van algemene items die bij alle meiden worden uitgevraagd en persoonlijke items. Om de belasting voor de meiden en de mentor te beperken, is gekozen voor een beperkt aantal items die aansluiten bij het primaire proces. Er is gezocht naar algemene items die voor alle meiden en alle zorgprogramma's relevant zijn en die informatie geven over hoe het met de meiden gaat en de veranderingen die gedurende de behandeling plaatsvinden. Aanvankelijk is gezocht naar (gestandaardiseerde) vragen over algemeen welbevinden of functioneren, zoals de Outcome Routine Scale (ORS; Miller, Duncan, Brown, Sparks & Cloud, 2003). Deze items bleken echter weinig geschikt om verandering te meten. Er zijn voor dit onderzoek zeven zelf geconstrueerde items gedefinieerd en opgenomen (bijlage 2). De items sluiten aan bij het onderzoek van Aussems et al. (2020).

Door daarnaast items te personaliseren en aan te sluiten bij de doelen en problematiek van cliënten kan de motivatie om de items te scoren worden vergroot. Maric (2018) verwijst naar verschillende studies waarin frequente metingen worden vormgegeven met gepersonaliseerde (idiosyncratische) metingen. Hierbij wordt de uitkomstmaat geoperationaliseerd voor een specifieke cliënt of informant (ouders, jeugdige, hulpverlener).

De persoonlijke items kiest de behandelaar op basis van de ingevulde vragenlijsten van de startmeting samen met het meisje, en eventueel ouders. In totaal zijn maximaal vijf items gekozen

per meisje: drie items uit de vragenlijsten YSR/CBCL en twee uit de Rosenberg Self-Esteem Scale en/of SIER. De items zijn gebaseerd op de belangrijkste klachten en problemen die het meisje ervaart.

Kwalitatieve informatie is verzameld over hoe het met het meisje gaat bij vertrek (eindmeting) en na zes maanden (follow-up). Ook is opgehaald welke activiteiten en gebeurtenissen volgens het meisje helpend waren, en hoe de behandeling is ervaren. Bijlage 2 geeft een overzicht van de vragenlijsten die zijn gebruikt.

Tabel 5.2 Overzicht van meetmomenten en instrumenten

Meetmoment	Wanneer	Items/instrumenten	Hoe
Startmeting T1	Maximaal 6 weken na opname	Meisje: SIER, RSES, YSR, CRIES 13, FAD, GCI Ouder: CBCL Mentor: CBCL, basisgegevens	Digitale vragenlijst
Frequente meting	Iedere twee weken tijdens de behandeling	Meisje: algemene items en gepersonaliseerde items Mentor: algemene items en gepersonaliseerde items	Digitale vragenlijst
Eindmeting T2	Einde behandeling (niet eerder dan twee weken voor einde)	Meisje: SIER, RSES, YSR, CRIES 13, FAD, GCI en kwalitatieve informatie Ouder en mentor: BPM en kwalitatieve informatie	Digitale vragenlijst Meisje en ouder interview
Follow-up T3	Zes maanden na vertrek	Meisje: kwalitatieve informatie	Interview

Tabel 5.3. Overzicht meetinstrumenten per uitkomstgebied

Uitkomstgebied	Meetinstrument
Misbruik, uitbuiting en weerbaarheid	SIER, RSES, interviews
Sociaal-emotioneel/psychisch	CRIES 13, BPM-Y, BPM-P, interviews
Netwerk	FAD, interviews
Maatschappelijke participatie	Interviews

Registratie behandelactiviteiten en gebeurtenissen

Op basis van de handboekanalyse in hoofdstuk 3 is per programma een lijst opgesteld met behandelactiviteiten die gedurende de behandeling kunnen worden toegepast. Deze lijst is door medewerkers van de instellingen aangevuld en bijgesteld tot een actueel overzicht. Vervolgens is voor elk meisje geregistreerd welke behandelactiviteiten na de behandelsessies en gedurende haar verblijf bij een instelling zijn ingezet.

Om een beeld te krijgen van het leefklimaat op de groep tijdens de behandeling worden de rapportcijfers van het Group Climate Instrument (GCI) gebruikt (Roest et al., 2016). Bij de start en het eind van de behandeling worden deze items bij het meisje uitgevraagd.

Daarnaast wordt geïnventariseerd welke (straf)maatregelen en beperking van vrijheden gedurende het traject zijn ingezet en of gedurende het verblijf relevante gebeurtenissen hebben plaatsgevonden.

Gesprek met de instelling

Om de resultaten en de leerpunten voor de instellingen goed te kunnen duiden, hebben we ervoor gekozen om met elke instelling in gesprek te gaan over de uitkomsten. Hierbij zijn de volgende vragen gebruikt:

1. Herkennen jullie de resultaten? Komt dit overeen met wat jullie zelf ook zien? Wat valt jullie op?
2. Kunnen jullie de resultaten begrijpen? Welke verklaringen zien jullie voor de resultaten?
3. Hoe waarden jullie de resultaten? Waar zijn jullie trots op? Waar zijn jullie minder tevreden mee?
4. Zien jullie (verbeter)acties op basis van de resultaten?

Herhaalde n=1

Door binnen één zorgprogramma meerdere cases te selecteren is een herhaalde n=1-studie mogelijk. De bewijskracht van een n=1-studie kan op deze manier worden vergroot. Van Yperen en Delsing (2017) geven op basis van een publicatie van de American Psychological Association (APA) aan dat een serie van minimaal negen n=1-studies die in dezelfde richting wijzen een sterke bewijskracht kan opleveren. Deze serie van minimaal negen gerepliceerde SCED's dienen daarbij te voldoen aan:

1. een goede experimentele opzet waarin een element van randomisatie zit
2. waarin de interventie superieur is ten opzichte van een baseline periode en
3. uitgevoerd is aan de hand van handleiding en
4. waarin de inclusiecriteria voor de populatie duidelijk omschreven zijn en
5. waarin de effecten zijn aangetoond door minstens twee verschillende onderzoekers of teams.

(Chambless, et al., 1996; Chambless, et al., 1998).

Bij een heterogene doelgroep en een toepassing in een veelvormige praktijk is uitbreiding van het aantal cases nodig.

Data-analyse

Veranderingen in klachten voor, gedurende en na de behandeling zijn binnen dit onderzoek aan de hand van enkele verschillende single-case analysetechnieken bekeken. Voor alle technieken geldt dat er rekening gehouden moest worden met de beschikbare data en informatie, en dat er op basis daarvan voor de meest ideale benadering was gekozen. Om informatie te kunnen geven over de effectiviteit van zorgprogramma zijn drie databronnen bekeken: (1) data start- en eindmeting (T1 en T2) op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen bij meisje, ouder en mentor; (2) tweewekelijkse metingen gedurende het behandeltraject afgenomen bij meisje en mentor op basis van algemene en persoonlijke items; en (3) data uit kwalitatieve interviews gehouden met meisje en ouder. Hieronder beschrijven we de wijze waarop de data zijn geanalyseerd.

Start- en eindmeting

Data van de start- en eindmeting zijn geanalyseerd met behulp van de Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991). Met de RCI kan gekeken worden in hoeverre het verschil in scores tussen start- en eindmeting een betrouwbare verandering weergeeft. Een $RCI > +1.96$ of < -1.96 wijst op een betrouwbare verandering (Jacobson & Truax, 1991). Dit houdt in dat het verschil tussen twee meetmomenten zodanig groot is dat deze niet buiten de meetfout valt. Score T1 is de totale somscore op de vragenlijst op de startmeting (voor de behandeling); score T2 is de totale somscore op de vragenlijst op de eindmeting (na de behandeling). In tabel 5.4 zijn studies weergegeven die gebruikt zijn voor het berekenen van de RCI's in dit onderzoek. De betrouwbaarheid van SIER is niet bekend. Om die reden is ervoor gekozen de RCI op meerdere betrouwbaarheidsniveaus te berekenen. De data zijn geanalyseerd met behulp van het programma SPSS.

Tabel 5.4 Gegevens gebruikt om RCI te berekenen

	Sd.test	Betrouwbaarheid	Studie
RSES	5.61	.75	García, Olmos, Matheu & Carreno, 2019
CRIES	16.56	.85	Verlinden, Meijel, Opmeer, Beer, De Roos, Bicanic et al., 2014
FAD	3.22	.76	Mansfield, Keitner & Dealy, 2014 Staccini, Tomba, Grandi & Keitner, 2014
SIER	10	.60/.70/.80	Geen onderzoek naar betrouwbaarheid beschikbaar
BPM			
- Ouder	10.69	.91	Piper, Gray, Raber & Birkett, 2014
- Mentor	10.69	.91	
- Meisje	10.49	.91	

Tweewekelijkse meting

De data uit de tweewekelijkse metingen (hierna frequente metingen) zijn op twee manieren geanalyseerd om conclusie te kunnen trekken over de effectiviteit van het zorgprogramma. De zogenaamde NAP-index (Nonoverlap of All Pairs; Parker & Vannest, 2009) is gebruikt om de kans uit te rekenen dat een willekeurige meting in de ene fase van behandeling hoger is dan een willekeurige meting in een andere fase van de behandeling. Omdat er per meisje en mentor redelijk veel missende frequente metingen waren tijdens hun verblijf in de instelling en omdat de behandelduur fluctueerde tussen 8 en 56 weken, is bij ieder meisje het midden van het aantal weken behandeling genomen als uitgangspunt voor de NAP-berekening. Als een meisje 12 weken in de instelling is geweest, is gekeken wat de kans is dat een willekeurige meting in de tweede helft van de behandeling (week 7 tot en met 12) hoger is dan een willekeurige meting in de eerste zes weken. Bij oneven weken hebben we altijd de eerste periode één week korter gemaakt dan de tweede. Bijvoorbeeld: als een meisje 25 weken opgenomen is geweest, werd de NAP uitgerekend tussen de eerste 12 weken en laatste 13 weken. Met behulp van de NAP-index kan het verloop van de behandeling tussen de verschillende meiden met elkaar vergeleken worden ondanks verschillende aantallen meetmomenten en missende data. Voor het definiëren van een regel wanneer een NAP-waarde aangeeft dat de verandering tussen de eerste en tweede helft van de behandeling betekenisvol verschilt, hebben we volgende criteria van gehanteerd (Parker & Vannest, 2009): zwak effect: 0–.65; medium effect: .66–.92; groot of sterk effect: .93–1.0. Gebaseerd op deze vuistregels, gaan we in dit onderzoek uit van de volgende interpretatie van NAP-waarde: bij een NAP > .70 spreken wij over een substantiële verbetering in de scores in de tweede helft van de behandeling ten opzichte van de eerste helft van de behandeling. Bij een NAP van < .30 geldt een substantiële afname in de score in de tweede helft ten opzichte van de eerste helft. Daarnaast werd een NAP-score alleen meegenomen indien er zowel in de eerste als in de tweede helft van de behandeling minstens drie meetmomenten zijn ingevuld.

De tweede manier waarop naar frequente data is gekeken, is met behulp van de Gower Index (Gower, 1971). Hiermee wordt de mate van overeenkomst tussen twee sets van observaties (scores op items) – van meisje en van mentor – uitgedrukt. In deze analyse worden paren van observaties meegenomen die voor beide reporters beschikbaar zijn op hetzelfde specifieke moment. Gower Index is als volgt berekend in dit onderzoek: $1 - (\text{absolute verschil} / \text{maximum verschil})$. Per meetmoment is de overeenstemming tussen meisje en mentor uitgerekend en vervolgens het gemiddelde genomen over alle meetmomenten heen. Gower Index is steeds berekend over zeven algemene items. Daarnaast is Gower Index alleen berekend als er in totaal (over de hele behandeling heen) minstens drie meetmomenten zijn ingevuld. De waarde van Gower Index ligt altijd van .0 tot en met 1.0, waarbij overeenkomst van .0 betekent dat de twee observaties maximaal van elkaar verschillen, en van 1.0 dat de twee observaties maximaal overeenkomen met elkaar (Sautot, Faivre,

Journaux, & Molin, 2015). Interpretatie van waarden van Gower Index is als volgt: .00–.40: zwakke overeenstemming, .41–.60: matige overeenstemming, .61–.80: voldoende overeenstemming, .81–1.00: goede overeenstemming (Zegers, 1989).

De data zijn geanalyseerd met behulp van het programma SPSS.

Kwalitatieve interviews

Van alle interviews is een opname gemaakt die daarna is getranscribeerd. In MAXQDA zijn de interviews gecodeerd met behulp van een codeboom. De hoofdcodes hebben betrekking op de behandelactiviteiten die zijn ingezet, hoe het met het meisje gaat op de vier hoofgebieden en het oordeel van het meisje en de ouder over de behandeling. Elk interview is door twee onderzoekers geanalyseerd. Na de eerste paar interviews zijn verschillen en overeenkomsten tussen de onderzoekers besproken. Afspraken over de wijze van coderen zijn steeds vastgelegd in een document.

Het verloop van de dataverzameling in de praktijk

Digitale vragenlijsten

Binnen de instellingen hebben een onderzoekscoördinator en de mentoren van de geïnccludeerde meiden zorg gedragen voor het invullen van de vragenlijsten. Het proces van deze dataverzameling is per instelling beschreven in de instellingsrapportage. Over het algemeen zien we dat de T1 en T2 door de mentoren consequent zijn ingevuld. Meiden hebben de T2 niet altijd ingevuld en bij meerdere meiden missen één of beide metingen.

In totaal hebben 33 meiden de T1-vragenlijst ingevuld, waarvan twee niet volledig, en negentien meiden de T2-vragenlijst. Twee meiden zijn na vertrek bij een programma gestart bij een van de andere zorgprogramma's. De T1 is dan als T2 voor het eerste programma gebruikt. Mentoren hebben 31 keer de T1 en 31 keer de T2 ingevuld. Van ouders zijn er vijftien T1-vragenlijsten en twaalf T2-vragenlijsten beschikbaar.

De tweewekelijkse meting en de registratie van behandelactiviteiten zijn wisselend ingevuld. Een aantal mentoren heeft consequent de metingen uitgevoerd. Gebrek aan tijd, personeelwisselingen of andere prioriteiten bij de mentor lijken de belangrijkste redenen te zijn voor missende gegevens. Voor de deelnemende meiden is een passende vergoeding afgesproken.

Interviews

De interviews zijn afgenomen door onderzoekers van het NJi. Door de toen geldende coronamaatregelen is besloten de interviews telefonisch of via Microsoft Teams plaats te laten vinden. Van alle interviews is een opname gemaakt. Per instelling is in de instellingrapportage beschreven hoe het proces van de interviews is verlopen. In totaal is met achttien meiden na vertrek een interview afgenomen; met zes van hen is het ook gelukt een T3-interview af te nemen. Met ouders is alleen een T2-interview afgenomen; dit is met negen ouders gelukt.

Redenen waardoor geen interview plaats heeft gevonden zijn onder andere dat contactgegevens zijn gewijzigd en onbekend waren bij de instelling, of dat het meisje of de ouder niet reageerden op verzoeken voor een afspraak. De onderzoekers hebben altijd meerdere pogingen gedaan om contact te leggen. Voor de deelnemende meiden is een passende vergoeding afgesproken.

Gesprek met instellingen

Met alle instellingen heeft een gesprek plaatsgevonden. Een samenvatting van de belangrijkste punten is voorgelegd aan de aanwezigen en is opgenomen in het rapport 'Meiden per

zorgprogramma' (Addink et al., 2022). Ook hebben zij inzage gehad in het conceptrapport van de eigen instelling. Bij feitelijke onjuistheden in het conceptrapport zijn deze gecorrigeerd.

5.2 Resultaten

We kijken achtereenvolgend naar de kenmerken van de meiden die hebben deelgenomen aan het onderzoek, de behandeling die zij hebben ontvangen en de opbrengsten van de behandeling op de uitkomstgebieden.

De meiden bij aanvang onderzoek

Demografische kenmerken

De leeftijd van de 34 meiden varieert bij opname van 12 tot 20 jaar; de gemiddelde leeftijd is 15,8 jaar. Voorafgaand aan de opname woonden 20 meiden (58,8 procent) thuis bij een of beide ouders, twaalf meiden (35,3 procent) verbleven in een residentiële voorziening en van één meisje (2,9 procent) is dit niet bekend. Van de 34 meiden woonden zeventien meiden (50 procent) in een van de vier grote steden. De laatst gevolgde opleiding is bij 20 meiden (58,8 procent) een vmbo-opleiding, bij twee meiden (5,9 procent) de havo en bij zes meiden (17,6 procent) een mbo-opleiding. Drie meiden (8,8 procent) volgden speciaal onderwijs en één meisje (2,9 procent) praktijkonderwijs. Van twee meiden (5,9 procent) is het opleidingsniveau niet bekend. Van de 34 meiden zijn 26 meiden (76,5 procent) in Nederland geboren.

Eerdere hulp

32 meiden (94,1 procent) hebben voorafgaand aan de opname eerder hulp gehad. Van de 34 meiden ontvingen 22 meiden (64,7 procent) als tiener voor het eerst hulp, vijf (14,7 procent) op de basisschoolleeftijd en vijf (14,7 procent) op jonge leeftijd. Er zijn vijftien meiden (44,1 procent) die eerder residentieel waren geplaatst; twaalf van hen (35,3 procent) verbleven, zoals hierboven genoemd, direct voorafgaand aan de opname in een residentiële voorziening.

Problemen bij de start

Bij de intake zijn bij zestien meiden (47 procent) feiten bekend waaruit blijkt dat zij slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting. Bij achttien meiden (52,9 procent) zijn er signalen dat zij vermoedelijk slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting.

Geen van de meiden die de startmeting hebben ingevuld rapporteert bovengemiddelde problemen op het gebied van sociale en seksuele relaties en seksueel gedrag (SIER). Negen meiden rapporteren problemen met betrekking tot zelfbeeld en zelfvertrouwen (RSES). Met de BPM rapporteren negen meiden die de startmeting hebben ingevuld bovengemiddelde sociaal-emotionele problemen. De mentoren zien bij zeventien meiden bovengemiddelde problematiek met de BPM. Van de vijftien ouders die de BPM hebben ingevuld, rapporteren dertien bovengemiddelde problemen. Zeventien meiden ervaren bij de start bovengemiddeld posttraumatische stressklachten (CRIES). Problemen in het gezinsfunctioneren (FAD) worden door negentien meiden bovengemiddeld hoog gescoord. Bij vier meiden is op geen van de vragenlijsten bovengemiddelde problematiek gerapporteerd bij de start, door henzelf of door de mentor of ouder.

Als we kijken naar het verschil tussen meiden die op een open of gesloten groep zijn geplaatst, zien we dat de meiden in een gesloten programma minder vaak bovengemiddelde problemen rapporteren op het gebied van zelfvertrouwen en zelfbeeld. Problemen in gezinsfunctioneren ervaren zij vaker bovengemiddeld. De mentoren van meiden uit gesloten instellingen rapporteren minder vaak bovengemiddelde sociaal-emotionele problematiek.

Tabel 5.5 Overzicht bovengemiddelde problematiek meiden

	Totaal			Open			Gesloten		
	N	Aantal	%N	N	Aantal	%N	N	Aantal	%N
Bovengemiddelde problemen bij start									
RSES	32	9	28,1%	17	7	41,2%	15	2	6,6%
SIER	31	0	0%	17	0	0%	14	0	0%
CRIES	31	17	54,8%	17	10	58,8%	14	7	50%
BPM									
- Meisje	33	9	27,2%	18	6	33,3%	15	3	20%
- Ouder	15	13	86,7%	11	10	90,1%	3	3	100%
- Mentor	31	17	54,8%	19	11	57,9%	12	6	50%
FAD	31	19	61,2%	17	10	58,8%	14	9	64,3%

Behandeling

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 bieden de zorgprogramma's een uitgebreid aanbod van behandelactiviteiten aan. Als we alle programma's samen nemen, kunnen we in het behandelaanbod de volgende activiteiten onderscheiden:

1. Diagnostiek en behandelplanning
2. Aanbod en inzet mentorgesprekken
3. Aanbod en inzet op seksualiteit en weerbaarheid
4. Aanbod en inzet op psychosociale problematiek
 - Trauma
 - Overig psychosociaal
5. Aanbod en inzet gericht op gezin en netwerk
6. Maatschappelijke participatie
7. Leefklimaat

PINQ-crisis heeft een andere opzet en biedt opvang en crisisinterventie waarbij de situatie van meiden in kaart wordt gebracht en wordt nagegaan of er sprake is van seksuele uitbuiting. We beschrijven PINQ-crisis in combinatie met PINQ-behandeling.

Drie zorgprogramma's worden uitgevoerd op een gesloten groep en vijf op een open groep. Van de 34 meiden hebben vijftien meiden behandeling in een gesloten instelling ontvangen en negentien meiden in een open instelling.

De behandelduur van de 34 meiden varieert van twee maanden (acht weken) tot ruim anderhalf jaar (89 weken). Gemiddeld zaten meiden ongeveer zeven maanden (29 weken) in behandeling. De meeste meiden (N=20) zitten tussen de 13 en 36 weken in behandeling. De behandelduur in gesloten instellingen is gemiddeld een maand korter dan bij open instellingen (27 weken versus 31 weken).

We geven per probleemgebied aan hoe het aanbod eruit heeft gezien op basis van de geregistreerde verrichtingen (tabellen 5.6 t/m 5.10). In de eerste kolom staat steeds een overzicht van activiteiten weergegeven die aanwezig zijn in het beschreven zorgprogramma. Het aanbod en de frequentie van de behandelactiviteiten variëren per meisje. Daarnaast kunnen meiden ook meerdere activiteiten per domein hebben ontvangen. Ook in andere activiteiten kan aandacht zijn voor thema's als seksualiteit, trauma, groepsdynamiek en systeem, maar dat zien we in de registratie niet altijd terug. Zo weten we dat in de mentorgesprekken, naast de voortgang van de behandeling, ook over diverse thema's wordt

gesproken met de meiden. Voor een gedetailleerder overzicht van behandelactiviteiten verwijzen we naar het rapport ‘Meiden per zorgprogramma’ (Addink et al., 2022).

Diagnostiek en behandelplan

Bij alle instellingen is diagnostiek en behandelplanning onderdeel van het zorgprogramma. Bij 33 meiden waar behandelactiviteiten geregistreerd zijn, is bij één meisje geen activiteit geregistreerd op het gebied van diagnostiek.

Bij 20 meiden is een diagnostisch onderzoek geregistreerd. Het bespreken en evalueren van het behandelplan is bij de meerderheid van de meiden één of meerdere keren geregistreerd. Dit geldt ook voor het bespreken van het levensverhaal.

Aanbod en inzet mentorgesprekken

De mentorgesprekken zijn een belangrijk onderdeel van de behandeling bij alle zorgprogramma's. Bij alle 33 meiden bij wie behandelactiviteiten geregistreerd zijn, zijn mentorgesprekken geregistreerd. In de registratie is bij meerdere meiden te zien dat gesprekken regelmatig plaatsvinden. Er zijn ook meiden bij wie er periodes van meerdere weken zijn waarin er geen gesprekken zijn geregistreerd. In de mentorgesprekken is aandacht voor het bespreken van de voortgang van de behandeling. In deze gesprekken komen ook thema's aan bod op het gebied van seksualiteit, sociale contacten, sociale media, veiligheid en toekomst. Op basis van de registratie kunnen we niet zien welke thema's het meeste besproken zijn en of dit bij elk meisje aan bod kwam.

Aanbod en inzet op seksualiteit en weerbaarheid

Alle zorgprogramma's hebben activiteiten gericht op seksualiteit en weerbaarheid in hun aanbod. Bij 24 meiden zijn één of meerdere van deze activiteiten geregistreerd. In tabel 5.6 zijn alleen de activiteiten opgenomen die zich specifiek richten op deze thema's. We weten op basis van de handboeken en kwalitatieve data dat ook in andere activiteiten aandacht kan zijn geweest voor deze thema's, onder andere in de mentorgesprekken en vaktherapie.

21 van de 24 meiden bij wie op dit gebied activiteiten zijn geregistreerd, hebben deelgenomen aan minstens één gesprek met de groep over thema's als seksualiteit, weerbaarheid, sociale media, sociale contacten en zelfbeeld. Bij één instelling zijn groepsgesprekken over deze thema's geen onderdeel van het behandelplan.

Tabel 5.6 Aanbod en inzet op seksualiteit en weerbaarheid

Activiteit	Geregistreerd bij aantal meiden	Geregistreerd bij aantal programma's*	Aanbod bij aantal programma's*
Groepsgesprek, -vergadering of workshop – specifiek thema	21	6	6
Girls' Talk	6	3	4
Module Julia	4	2	2
Gesprek aan de hand van het Vlaggensysteem	4	3	6
Behandelprogramma Hulp Seksueel Misbruik	2	1	1
COMET (zelfbeeldtraining)	2	2	5
Lang leve de liefde	1	1	1
Gesprek met inzet ervaringsdeskundige	1	1	3
Girls' Choice	0	0	3
Rots en Water	0	0	5
Totaal op dit domein	24	7	7

*PINQ-crisis en PINQ-behandeling zijn samengevoegd.

Aanbod en inzet psychosociale problematiek

Trauma

De zorgprogramma's hebben in hun aanbod diverse activiteiten gericht op trauma. Het aanbod verschilt per instelling. EMDR, psychotherapie en TF-CGT zijn onderdeel van elk behandelprogramma. Naast traumaverwerkingstherapie zijn er behandelactiviteiten die meer gericht zijn op psycho-educatie of voorbereidend zijn voor traumabehandeling. 22 meiden ontvangen een activiteit specifiek gericht op traumaklachten gedurende hun behandeling.

Bij zes meiden zijn alleen gesprekken of voorbereidende activiteiten geregistreerd, bij negen alleen traumaverwerkingstherapie en bij zeven meiden beide vormen. Individuele psycho-educatie en EMDR komen het meest voor.

Tabel 5.7 Aanbod en inzet op trauma

Activiteit	Geregistreerd bij aantal meiden	Geregistreerd bij aantal programma's*	Aanbod bij aantal programma's*
Gesprekken of voorbereidende activiteiten			
- Individueel gesprek met als doel psycho-educatie gericht op trauma	12	6	6
- Stapstenen	2	2	4
- Slapende Honden-methode	0	0	2
- De Zes testen	0	0	2
Traumaverwerkingstherapie			
- EMDR	11	5	7
- Psychotherapie gericht op trauma	7	4	7
- Intensieve Trauma Behandeling Jeugd (ITB)	1	1	1
- WRITEjunior	1	1	3
- Narratieve Exposure Therapie	1	1	4
- TF-CGT	1	1	7
Totaal op dit domein	22	7	7

*PINQ-crisis en PINQ-behandeling zijn samengevoegd.

Overige psychosociale problematiek

Er is een breed aanbod van behandelactiviteiten gericht op verschillende psychosociale problematiek. De instellingen bieden niet allemaal dezelfde interventies aan. De meeste meiden (N=27) hebben een interventie gericht op psychosociale problematiek ontvangen. Bij één instelling is er op dit gebied bij geen enkel meisje een activiteit geregistreerd.

Bij veel meiden is vaktherapie ingezet. Dit kan gaan om beeldende, muziek- of psychomotorische vaktherapie.

Tabel 5.8 Aanbod en inzet op psychosociale problematiek

Activiteit	Geregistreerd bij aantal meiden	Geregistreerd bij aantal programma's*	Aanbod bij aantal programma's*
Vaktherapie	20	5	6
Inzichtgevende therapie	8	1	3
Start Now (emotieregulatie)	4	1	2
Schematherapie	4	2	7
Oefeningen positieve aandacht	3	2	3
Cognitieve gedragstherapie (CGT)	3	3	5
Dialectische Gedragstherapie (DGT-J)	3	1	7
Behandeling risicovol middelengebruik/verslaving	2	2	3
Farmacotherapie	2	2	5
Brain4use (risicovol middelengebruik/verslaving)	1	1	1
Paardencoaching	1	1	2

Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS)	1	1	2
Emotieregulatie therapie (ERT)	1	1	3
Breingeheimen	0	0	1
Strux	0	0	1
Training Persoonlijk meesterschap	0	0	1
Training Agressiecontrole (TACT)	0	0	2
Acceptatie en commitment therapie	0	0	3
Aggression Replacement Training (ART)	0	0	3
Totaal op dit domein	27	6	7

*PINQ-crisis en PINQ-behandeling zijn samengevoegd.

Aanbod en inzet gericht op gezin en netwerk

Bij 22 meiden is gerapporteerd dat er een behandelactiviteit is ingezet gericht op het gezin en netwerk. Wat hierbij is ingezet is divers. Er zijn activiteiten gericht op ouders, en er is een aantal gezinstherapieën te onderscheiden waar zowel ouders als het meisje aan deelnemen. Het verschilt per zorgprogramma welke therapie wordt ingezet. Bij veertien meiden zijn één of meerdere gezinsbehandelingen geregistreerd. Bij vier meiden zijn alleen activiteiten ingezet die gericht zijn op psycho-educatie en contact met de ouders. Er zijn vier meiden bij wie zowel deze activiteiten als een gezinsbehandeling is geregistreerd. Het huisbezoek bij ouders is het meest geregistreerd. Op basis van kwalitatieve data weten we dat dit soms ook is geïnterpreteerd als verlof van het meisje en niet enkel als bezoek van een professional bij de ouders.

Tabel 5.9 Aanbod en inzet op gezin en netwerk

Activiteit	Geregistreerd bij aantal meiden	Geregistreerd bij aantal programma's*	Aanbod bij aantal programma's*
Gezinsbehandeling			
- Systeemtherapie (niet gespecificeerd)	7	1	1
- Relationale gezinstherapie (RGT)	6	4	5
- Gezinstherapie (MST)	3	3	5
- Intensieve (ambulante of orthopedagogische) gezinshulp	2	2	5
- Psychotherapie ouders	0	0	4
Psycho-educatie en overige activiteiten			
- Gesprek gericht op psycho-educatie met ouder	6	4	7
- Vorm van netwerkversterking	2	2	3
- Ouder(mid)dag op de groep	2	2	4
- Paardencoaching met ouders	0	0	2
- Training persoonlijk meesterschap ouder	0	0	2
- Huisbezoek bij ouders	10	5	7
Totaal op dit domein	22	7	7

*PINQ-crisis en PINQ-behandeling zijn samengevoegd.

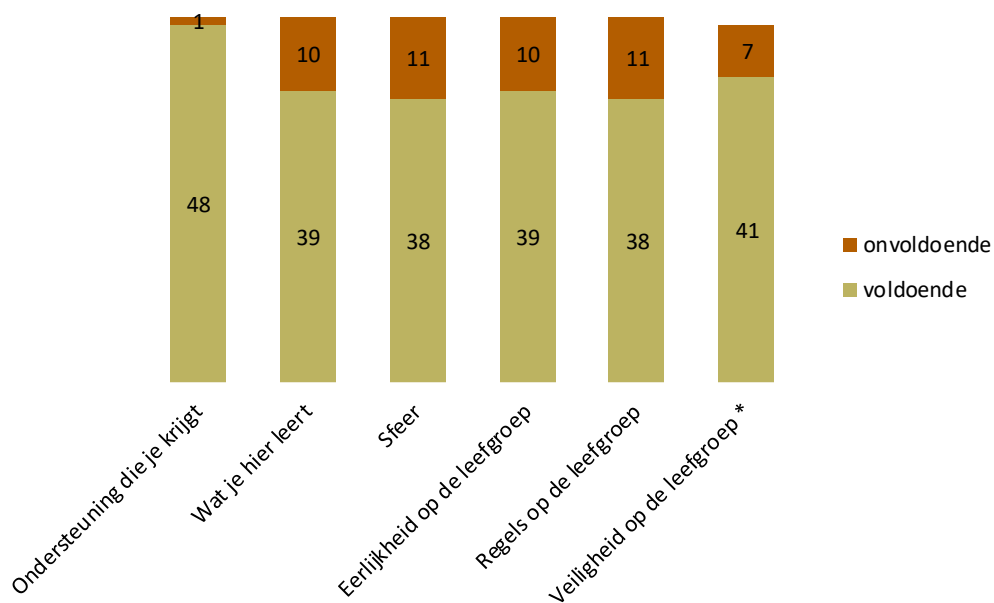
Maatschappelijke participatie

Eén instelling heeft in haar zorgprogramma een specifieke interventie opgenomen voor het voorbereiden op de toekomst. Deze is bij geen van de meiden in dit onderzoek geregistreerd. Ook bij andere instellingen zijn geen specifieke activiteiten geregistreerd op het gebied van maatschappelijke participatie. De maatschappelijke participatie, voorbereiding op de toekomst en zelfstandigheid kunnen als thema's aan de orde komen in de gesprekken met de mentor en bij de groeps gesprekken. Het is echter niet duidelijk of alle meiden bij wie deze behandelactiviteiten zijn ingezet het ook over deze thema's hebben gehad.

Bij 26 meiden zijn er activiteiten geregistreerd op het gebied van sport en/of yoga. Soms was dit intern en soms bij sportclubs in de buurt. Dit is bij alle zes instellingen geregistreerd.

Leefklimaat

Het leefklimaat op de groep is een belangrijk onderdeel van de behandeling; alle meiden hebben hier mee te maken. Meiden is gevraagd om op twee momenten het leefklimaat te beoordelen (bij de start- en eindmeting). Sommige meiden hebben dit twee keer gedaan, anderen eenmalig. In totaal is door meiden 49 keer een oordeel gegeven over het leefklimaat. Op alle onderdelen zijn de beoordelingen overwegend voldoende (waarderingen > 5.5). De meiden zijn het meest positief over de ondersteuning die ze krijgen op de groep. Slechts één keer is hier een onvoldoende voor gegeven.



*Dit item is 48 keer beoordeeld.

Figuur 5.1 Beoordeling leefklimaat (N=49)

Daarnaast zijn er bij drie zorgprogramma's interventies gericht op het bevorderen van een positieve groepsdynamiek. Wij zien dat bij één zorgprogramma een interventie is geregistreerd bij vier meiden; de andere interventies lijken niet te zijn ingezet.

Tabel 5.10. Aanbod en inzet op groepsdynamiek

Activiteit	Ingezet bij aantal meiden	Ingezet door aantal programma's	Aanbod bij aantal programma's
Leermodule Samen Fijn	4	1	1
Leefstijl	0	0	2
Module Groepsdynamica	0	0	3

Gebeurtenissen tijdens de behandeling

Weglopen

Bij zestien meiden is geregistreerd dat zij gedurende de onderzoeksperiode één of meerdere keren zijn weggelopen uit de instelling. Dit is bij zes van de zeven zorgprogramma's gebeurd, zowel op open als op gesloten groepen. Bij een deel van de meiden was bekend waar ze waren en was er contact; een ander deel was voor meerdere dagen vermist en is op de telex gezet. Eén meisje in het onderzoek is na weglopen niet teruggekeerd.

Corona

Bij vrijwel alle 34 meiden heeft de behandeling plaatsgevonden in een periode waarin corona in Nederland aanwezig was en maatregelen werden getroffen tegen de verspreiding van het virus. Een deel van de meiden is gestart voor de pandemie. Zij kregen in de loop van hun behandeling te maken met de maatregelen. Een deel van de meiden is na de invoering van de maatregelen opgenomen. In de eerste lockdown lijken de maatregelen de meest ingrijpende gevolgen te hebben gehad voor de uitvoering van de behandeling. Behandelactiviteiten zijn stopgezet, meiden konden niet met verlof naar huis of juist niet terug naar de groep. Dit heeft een aantal weken geduurd. Daarna lijken de maatregelen minder verstrekkende gevolgen te hebben voor de uitvoering van het programma. De meiden en medewerkers hebben echter ook in die periode nog steeds te maken met quarantaine en ziekte, en een deel van de contacten en systeemgesprekken vond online plaats. Ook hebben de maatregelen in de eerste lockdown invloed gehad op de inclusie en dataverzameling van het onderzoek.

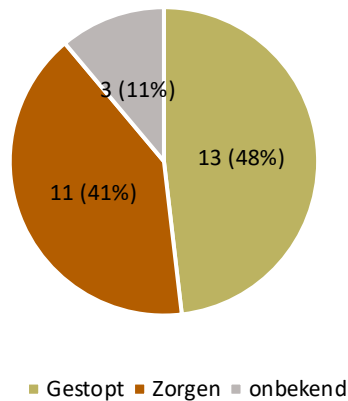
Effectiviteit

We zien dat individuele resultaten van de meiden verschillen bij de 34 meiden. De resultaten per meisje zijn beschreven in het rapport 'Meiden per zorgprogramma' (Addink et al., 2022). Bij elf meiden zien we meerdere aanwijzingen voor verbeteringen. Bij deze meiden zien we in meerdere bronnen op meerdere uitkomstgebieden afname van de problemen. Bij elf meiden zien we nauwelijks of geen aanwijzingen die wijzen op een verbetering. Bij hen is er geen verandering bekend of zijn er aanwijzingen dat het minder goed gaat, bijvoorbeeld omdat ze gesloten worden geplaatst. Bij de overige twaalf meiden zien we enkele aanwijzingen voor verbetering of wijzen de uitkomsten niet in dezelfde richting. Hieronder geven we een samenvatting van de resultaten per uitkomstgebied.

Uitbuiting en weerbaarheid

Bij vertrek zijn er dertien meiden (48 procent) bij wie de uitbuiting is gestopt en elf (41 procent) bij wie daar nog zorgen over zijn. Van drie meiden (11 procent) is dit niet bekend. Gedurende de behandeling wordt bij zeven meiden (20,6 procent) duidelijk dat er geen aanwijzingen zijn voor seksuele uitbuiting.

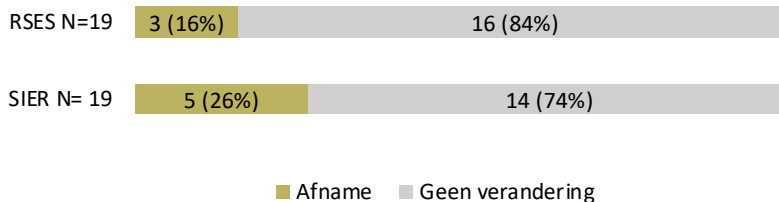
Figuur 5.2 Situatie op gebied van uitbuiting bij vertrek (N=27)



Voor negentien meiden is een start- en eindmeting beschikbaar van de RSES en de SIER. De meerderheid van deze meiden laat geen betrouwbare verandering zien op de RSES of de SIER. Op het gebied van zelfbeeld rapporteren drie meiden een betrouwbare afname en op gebied van seksualiteit en relaties zijn dat er vijf.

Bij veertien meiden is zowel op de RSES als op de SIER geen afname van problemen zichtbaar. Bij zes van de veertien meiden zijn er geen zorgen meer over de uitbuiting op het moment van vertrek. Bij vier van hen zijn er nog zorgen over de uitbuitingssituatie. De overige vier meiden zijn meiden die geen slachtoffer van uitbuiting lijken te zijn.

Figuur 5.3 Veranderingen op RSES en SIER (N=19)



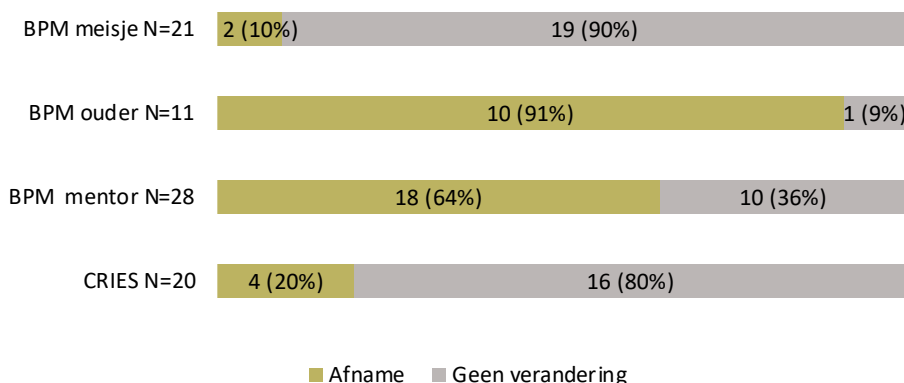
Sociaal-emotionele en psychische problematiek

Van de 21 meiden die zowel de start- als de eindmeting hebben ingevuld, rapporteren twee meiden een betrouwbare afname van sociaal-emotionele problemen op de BPM. Vier laten een betrouwbare afname zien van posttraumatische stressklachten (CRIES).

Er zijn zestien meiden die op beide vragenlijsten geen veranderingen laten zien. Uit de kwalitatieve informatie is bij zes van deze meiden ook geen verbetering te zien; twee meiden geven aan dat het minder goed gaat. In het interview geven acht van deze zestien meiden aan dat het bij vertrek wel beter met hen gaat. Van twee meiden hebben we geen informatie uit een interview.

De elf ouders die zowel bij de start als bij vertrek de BPM hebben ingevuld, zien allemaal, op één na, een betrouwbare afname van sociaal-emotionele problemen. Ook de mentoren rapporteren vaker een betrouwbare afname dan geen verandering.

Figuur 5.4 Veranderingen sociaal-emotionele en psychische problematiek



Ondersteunend netwerk

Bij netwerk gaat het zowel om de contacten met het gezin als om het bredere netwerk van familie en vrienden. Negentien meiden hebben de vragenlijst hierover (FAD) op twee momenten ingevuld. Bij vier meiden komt op de FAD een betrouwbare afname van problemen in het gezinsfunctioneren naar voren. Bij het grootste deel van de meiden is geen betrouwbare afname te zien. Bij twee meiden zien we dat de problemen zijn toegenomen in het gezinsfunctioneren.

In de interviews geven bijna alle meiden aan dat zij een of meer mensen in hun netwerk hebben met wie ze goed contact hebben, of dat negatieve contacten uit het verleden zijn verbroken.

Figuur 5.5 Veranderingen gezinsfunctioneren

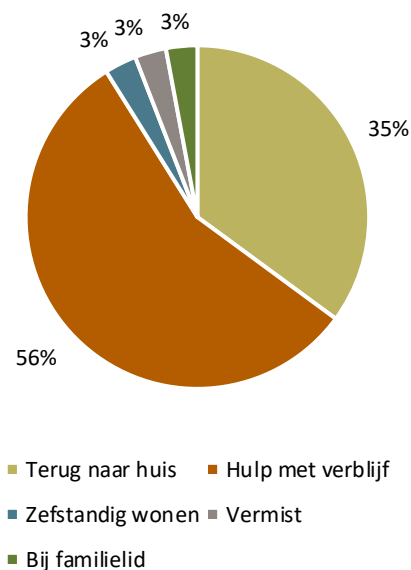


Maatschappelijke participatie

Op het gebied van maatschappelijke participatie kijken we naar wonen, school, werk en vrije tijd. De meeste meiden gaan na vertrek naar een andere vorm van hulp met verblijf. Twaalf meiden gaan terug naar huis en één meisje gaat zelfstandig wonen (tabel 5.11).

Tabel 5.11 Woonsituatie na vertrek

Woonsituatie na vertrek	Aantal meiden
Terug naar huis	12
Zelfstandig wonen	1
Hulp met verblijf	19
- pleeggezin	1
- gezinshuis	1
- traject in buitenland	2
- open instelling	9
- gesloten instelling	2
- begeleid wonen	4
Vermist	1
Bij familielid	1



Van de 34 meiden hebben 26 meiden op het moment van vertrek een dagbesteding; 21 van hen gaan naar school en vijf staan ingeschreven en starten op korte termijn. Van vijf meiden is ook bekend dat ze naast hun school of opleiding een bijbaan hebben op moment van vertrek; vijf meiden zijn hiervoor aan het solliciteren. Van vier meiden is duidelijk dat ze op moment van vertrek niet naar school gaan of een (bij)baan hebben. Van vier meiden is hierover geen informatie bekend.

Op het gebied van vrije tijd is beperkt informatie beschikbaar. Op basis van de interviews weten we dat een deel van de meiden zich naar eigen zeggen goed weet te vermaken in de vrije tijd. Ze noemen afspreken met vrienden, sporten, netflixen of 'chillen'. Er zijn ook meiden die aangeven weinig te doen en vooral te 'hangen'.

5.3 Samenvattend

In het rapport 'Meiden per zorgprogramma' (Addink et al., 2022) geven we antwoord op de onderzoeksvragen per meisje en per instelling. In dit rapport beantwoorden we de vragen op basis van de 34 meiden.

De 34 meiden ontvingen hulp van acht zorgprogramma's: zeven behandelprogramma's en één programma voor crisisopvang. De behandelprogramma's zijn modulair opgebouwd. Naast een specifiek aanbod voor de doelgroep die alle meiden ontvangen, worden op maat interventies ingezet. Het onderzoek geeft de indruk dat de behandeling in de behandelprogramma's over het algemeen conform de handboeken individueel op maat wordt aangeboden. Bij de meeste programma's zien we een onderscheid tussen activiteiten die frequent en bij alle meiden zijn ingezet en interventies die bij een of enkele meiden zijn ingezet voor bepaalde problematiek. Hoewel een aantal activiteiten frequent wordt aangeboden, zien we hierin niet een duidelijk specifiek aanbod voor de doelgroep dat binnen een programma bij alle meiden wordt ingezet. De methodiek van het crisisprogramma bevat meer standaardactiviteiten. De indruk is dat deze conform het handboek zijn ingezet.

Als we kijken naar de activiteiten op de verschillende uitkomstgebieden dan zien we dat binnen de behandeltrajecten van de meiden meestal aandacht is voor trauma. Het lijkt erop dat thema's met betrekking tot uitbuiting, seksualiteit en weerbaarheid vooral in mentorgesprekken en groepsgesprekken aan de orde komen. Interventies op dit gebied lijken beperkt ingezet bij de meiden. Activiteiten gericht op het gezin lijken in relatief veel trajecten beperkt. Activiteiten gericht op het brede netwerk zijn nauwelijks geregistreerd. Ook het beeld van de activiteiten gericht op maatschappelijke participatie komt in het onderzoek niet goed naar voren. Er zijn weinig specifieke interventies die zich expliciet hierop richten, waardoor activiteiten hierop mogelijk in de registratie zijn achtergebleven. De interviews geven de indruk dat onderwijs conform de handboeken deel uitmaakt van de trajecten.

Het onderzoek bevestigt dat mentorgesprekken en het leefklimaat een belangrijke basis vormen voor de zorgprogramma's en standaard onderdeel zijn van de trajecten van de meiden. De meiden die deelnamen aan een interview zijn vaak positief over het contact met de mentor en pedagogisch medewerkers en hun ondersteuning. Meerdere meiden geven aan dat vooral gesprekken met hen hebben geholpen. De mentoren lijken over het algemeen goed zicht te hebben op wat de meiden ervaren en hoe het met hen gaat. Ook de sfeer en veiligheid op de groep worden door de meiden vaak positief beoordeeld. Bij een negatieve beoordeling lijken vooral conflicten en fysieke agressie tussen de meiden onderling op de groep een belangrijke rol te spelen. Meerdere meiden geven aan dat zij zich daardoor op momenten niet veilig voelden of dat de sfeer niet goed was, ook als zij zelf geen conflicten hadden.

Uit de gesprekken met de instellingen komt naar voren dat de registratie van de behandelactiviteiten niet volledig is geweest. Er is in de praktijk meer gedaan dan is geregistreerd. Vooral de frequentie van de sessies van activiteiten die hebben plaatsgevonden, is hoger dan geregistreerd. Ook minder afgebakende activiteiten, zoals contacten met ouders of met een meisje op de groep, zijn niet altijd meegenomen in de registratie van activiteiten voor het onderzoek.

Het onderzoek geeft een beeld van de uitkomsten van de behandeling voor meiden. De uitkomsten van de behandeling voor de 34 meiden zijn verschillend. Met ongeveer een derde van de meiden lijkt het beter te gaan op meerdere gebieden bij vertrek uit de instelling. Met een derde van de meiden lijkt het niet beter te gaan op het moment van vertrek. Het beeld bij de rest van de meiden is dat er nog zorgen en problemen zijn, maar dat er ook op een enkel gebied beperkt aanwijzingen zijn voor verbetering. Het aantal onderzochte cases per zorgprogramma varieert van drie tot acht. Gezien het aantal cases per programma, de verschillende uitkomsten die we per meisje zien en beperkingen van de data is het niet mogelijk om over bewijskracht van de effectiviteit van de zorgprogramma's te spreken.

De onderzoeksvragen over hoe de ingezette behandelactiviteiten samenhangen met het verloop van de klachten bij meiden en wat het best werkt voor wie kunnen we niet beantwoorden op basis van het onderzoek. Er is onvoldoende data beschikbaar per meisje om een analyse uit te voeren om de samenhang te berekenen tussen de frequente metingen en de behandelinzet. Daarnaast is in de behandeltrajecten vaak geen duidelijke fasering terug te zien in de registraties.

Hoewel we niet kunnen vaststellen welke behandelactiviteiten een rol spelen bij het behalen van de resultaten, hebben we op basis van de 34 cases verkend of we een beeld kunnen krijgen van welke factoren mogelijk een rol spelen. Als we kijken naar de groep meiden met wie het beter gaat, zien we dat zij bijna allemaal bij de start bovengemiddelde problematiek rapporteren bij zichzelf (CRIES, RSES, BPM) en dat zij meestal geen bovengemiddelde problemen in het functioneren van het gezin ervaren. Het grootste deel van deze meiden ontvangt in een open groep behandeling; bij hen is een combinatie van interventies ingezet gericht op meerdere gebieden, zoals trauma en gezin en netwerk. Bij de groep meiden met wie het niet beter lijkt te gaan bij vertrek zien we dat deze meiden bij de start vaker geen bovengemiddelde problemen voor zichzelf rapporteren en vaker bovengemiddelde problemen in het gezin ervaren. Het lijkt er op dat de behandeling bij deze meiden niet goed tot stand kon komen en er weinig interventies zijn ingezet. Het gaat om behandelingen in zowel gesloten als open groepen. Het perspectief van meiden op hun problemen bij de start lijkt daarmee een bepalende factor voor het verloop van de behandeling en de resultaten.

In de interviews hebben meiden en ouders activiteiten genoemd die zij helpend vinden in de behandeling. De activiteiten die door hen zijn genoemd zijn de ondersteuning van de mentor, zowel de mentorgesprekken als dagelijkse en spontane contacten, systeemtherapie, EMDR, vaktherapie en contact met andere meiden op de groep met eenzelfde ervaring of van wie ze kunnen leren. Dit geeft een eerste indruk van activiteiten die mogelijk bijdragen aan verbetering.

6. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om kennis te verzamelen over het aanbod, de uitvoering en de effectiviteit van acht zorgprogramma's die hulp bieden aan slachtoffers van seksuele uitbuiting. Met het onderzoek willen we meer zicht krijgen op wat wel en niet werkt in het bereiken van de doelen bij deze doelgroep en waarom. Na een korte samenvatting van de resultaten van het onderzoek brengen we een aantal punten onder de aandacht.

Het literatuuronderzoek bevestigt dat onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van slachtoffers van seksuele uitbuiting zich nog in een beginstadium bevindt. De onderzoeksdesigns hebben vaak een zwakke bewijskracht, waardoor het niet goed mogelijk is om uitspraken te doen over de effectiviteit van het hulpaanbod. Het onderzochte hulpaanbod bestaat uit zowel residentiële als ambulante programma's. Vooral bij ambulante interventies komen positieve uitkomsten naar voren.

Met een analyse van de handboeken van de acht zorgprogramma's zijn de behandelactiviteiten geïnterpreteerd die binnen de zorgprogramma's worden aangeboden om de beoogde doelen van de meiden te realiseren. De behandelprogramma's zijn modulair opgebouwd. Naast een specifiek aanbod voor alle meiden kunnen individueel op maat aanvullende interventies worden ingezet. In het behandelplan kunnen we de volgende activiteiten onderscheiden: diagnostiek en behandelplanning, individuele gesprekken met de mentor, leefklimaat, activiteiten gericht op seksualiteit en weerbaarheid, psychosociale problematiek waaronder trauma, gezin en netwerk, en maatschappelijke participatie. Bij het crisisprogramma is onderzoek een belangrijke kern van het traject, en wordt op basis van onderzoek geadviseerd over vervolgbehandeling.

Met een participatief actieonderzoek is in kaart gebracht wat de meiden verstaan onder goede zorg en hoe we aan hen kunnen zien of het goed of minder goed met hen gaat. Meiden die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, vragen om erkenning van wat zij als probleem ervaren en dat de behandeling zich daar op richt. De meiden hebben behoefte aan ruimte voor bewegingsvrijheid, privacy en om fouten te maken. De kans om met elkaar te reflecteren op 'goede zorg' en daar vervolgens over in gesprek te gaan met de leiding van de instelling, werd door de meiden gewaardeerd.

De n=1-studies geven zicht op de behandeling die meiden ontvangen binnen de zorgprogramma's en op de resultaten van de behandeling voor de meiden. Hierover hebben we gerapporteerd per meisje en per zorgprogramma (instellingsrapport) en voor alle 34 meiden samen. We zien dat zowel de behandeling als de behandeluitkomsten er verschillend uitzien per meisje. We kunnen geen uitspraken doen over de effectiviteit van de zorgprogramma's of werking van bepaalde activiteiten of interventies.

Perspectief van de meiden

De resultaten van het onderzoek benadrukken de noodzaak om goed zicht te krijgen op het perspectief van meiden op hun situatie en de problemen die zij zelf ervaren. Een deel van de 34 meiden rapporteert bij de start van de behandeling zelf geen bovengemiddelde problematiek, of alleen in het gezinsfunctioneren. De indruk is dat het perspectief van meiden op hun problemen bij de start een bepalende factor is voor het verloop van de behandeling en de resultaten. Als meiden zelf geen bovengemiddelde problematiek rapporteren of alleen in het gezinsfunctioneren, lijkt de behandeling niet goed tot stand te komen. Volgens meiden is erkenning en behandeling van wat zij zelf als probleem ervaren nodig. Tegelijkertijd bevestigt het onderzoek het beeld dat de problematiek

van deze doelgroep complex en heterogeen is en dat het lastig kan zijn om goed zicht te krijgen op de zorgen, vermoedens en feiten die wijzen op seksuele uitbuiting. Door de zorgen die er zijn over de meiden kan het lastig zijn om het perspectief van de meiden als een gelijkwaardig perspectief te zien. Om in de behandeling goed aan te kunnen sluiten is een diagnostisch proces nodig waarin de problematiek van de meiden, de zorgen over uitbuiting en het perspectief van de meiden hierop goed in kaart worden gebracht. De vraag hoe het meisje naar haar eigen situatie kijkt is daarbij meer helpend dan de vraag of er sprake is van voldoende probleembesef of motivatie voor behandeling.

Het aanbod en de uitvoering van de zorgprogramma's

Interventies

De zorgprogramma's richten zich op meerdere gebieden. Dat past bij de complexiteit van de problematiek. De zorgprogramma's maken hierbij gebruik van veel verschillende bestaande interventies en protocollen. We zien dat in de handboeken meerdere (erkende) interventies zijn opgenomen die zich richten op één gebied, zoals gezond seksueel gedrag, trauma of gezinsbehandeling. Een deel van de interventies is in de trajecten van de meiden niet gebruikt, of er is maar een enkele sessie geregistreerd. Ook zien we in trajecten dat niet altijd is gekozen voor bestaande interventies, maar voor andere activiteiten als groepsgesprekken of niet nader gespecificeerde gesprekken. Gedurende de looptijd van het onderzoek hebben zorgprogramma's het aanbod ook nog doorontwikkeld in de praktijk. Niet alle behandelactiviteiten uit de handboeken werden ten tijde van het onderzoek nog aangeboden en nieuwe activiteiten zijn toegevoegd. De vraag is of het bij de uitvoering van de programma's voldoende lukt om in een dergelijk divers aanbod steeds de juiste keuze te maken voor een individueel meisje. En of het realistisch is om alle interventies uit te voeren conform de daarbij horende protocollen.

Mentorgesprekken en leefklimaat

Het onderzoek laat zien dat de persoonlijke contacten met begeleiders en het leven op de groep voor de meiden belangrijke onderdelen zijn van hun behandeling. Volgens de meiden begint het met hen écht te zien en te horen, en serieus te nemen wat zij zeggen en wie ze zijn. De contacten met de begeleiders en het dagelijks leven op de groep lijken in belangrijke mate te bepalen hoe meiden dit ervaren. Meiden zijn in het participatief actieonderzoek kritisch als het gaat om contacten met begeleiders en het leefklimaat. In de n=1-studies zien we dat zij vaak positief zijn over het contact en aspecten van het leefklimaat. Het onderzoek maakt duidelijk dat voor meiden goede zorg betekent dat begeleiders hen vertrouwen en dat zij zich veilig voelen op de groep. Dit betekent ook dat als het niet goed loopt dit invloed heeft op de meiden en hun behandeling. Het bevestigt het belang om steeds met meiden in gesprek te blijven hoe zij het contact met begeleiders ervaren en hoe zij zich voelen op de groep. Door de groeps cultuur waarin meiden niet 'snitchen' kan het lastig zijn om goed zicht te krijgen op wat er speelt.

Bij de meiden is behoefte aan zowel autonomie als veiligheid. Voor professionals kan het lastig zijn om beide waar te maken. Meiden willen meer bewegingsvrijheid, privacy en ruimte om fouten te maken. Tegelijkertijd zien we dat bijna de helft van de meiden die aan het onderzoek hebben deelgenomen een of meerdere keren wegloopt in hun traject. Zowel in gesloten als in open groepen worden maatregelen ingezet of afspraken gemaakt om meiden te beschermen en de veiligheid te vergroten die door meiden als beperkend worden ervaren. Het gaat om pedagogische afspraken zoals toezicht houden op telefoongebruik, en om beperkende maatregelen en afspraken zoals dat meiden binnen moeten blijven. In een open groep gebeurt dit volgens de instellingen met instemming van het meisje vooraf; in de gesloten groepen met een machtiging gesloten jeugdhulp. De vraag is in hoeverre standaardregels nodig zijn. De vraag wat beperkende maatregelen zijn wordt verschillend beoordeeld, door meiden en hulpverleners maar ook door hulpverleners onderling

(Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2022; De Heide et al., 2019). Deze vraag is zowel voor open als voor gesloten groepen relevant. Ook gezien het voornemen te stoppen met gesloten jeugdhulp is dit een belangrijk thema.

Gezins- en systeemgericht werken

Gezins- en systeemgericht werken is uitgangspunt bij alle zorgprogramma's. Dit draagt bij aan betere resultaten van residentiële zorg (Harder, Knorth & Kuiper, 2020). Bij een aantal meiden zien we dat hier intensief op is ingezet. Als hier specifieke behandelactiviteiten op zijn ingezet, noemen meerdere ouders en meiden dat dat helpend was binnen het traject. In relatief veel trajecten blijven de activiteiten gericht op het gezin beperkt. Bekken en Noteboom (2021) zien in een eerste verkenning naar de ervaring van ouders van seksueel uitgebuite kinderen in Nederland dat de ouders die zij spraken wel behoefte hebben aan informatie en ondersteuning als hun kind wordt uitgebuit, maar dat zij hierin ook drempels ervaren. In de interviews met ouders hoorden we dit soms ook terug. Dit bevestigt het belang om goed te onderzoeken hoe samenwerking met ouders vorm kan krijgen. In de gesprekken met de instellingen komt naar voren dat bij een deel van de meiden ouders afwezig zijn waardoor gezinsgerichte activiteiten beperkt of niet mogelijk zijn. Bijvoorbeeld omdat ouders zelf ernstige problematiek hebben, in het buitenland wonen of zijn overleden. Het opbouwen of versterken van een breder eigen netwerk van de meiden is dan belangrijk. Activiteiten die gericht zijn op het tot stand brengen en onderhouden van een breder netwerk zijn in het onderzoek niet naar voren gekomen. Ook in de handboeken is dit meestal beperkt uitgewerkt.

Context van de behandeling

In gesprekken met de instellingen over de uitkomsten van het onderzoek komt naar voren dat verschillende factoren een rol speelden bij de uitvoering van de programma's. Corona en de coronamaatregelen hebben tijdens dit onderzoek invloed gehad op de behandeling van de meiden. Meerdere instellingen met open groepen ervaren dat de problematiek van de doelgroep de afgelopen jaren zwaarder is geworden, onder andere door de wens om gesloten jeugdhulp af te bouwen. Dit heeft invloed op de groepsdynamiek tussen meiden die zijn opgenomen, maar leidt er ook toe dat het aanbod niet altijd voldoende aansluit bij de meiden. Andere belangrijke factoren die van invloed zijn op de uitvoering van het programma waren wisselingen bij het personeel, tekort aan personeel en financiële knelpunten. Aan het einde van de onderzoeksperiode is een zorgprogramma opgeheven; een zorgprogramma dat aanvankelijk mee zou doen werd vlak voor de start van het onderzoek opgeheven door verschillende externe factoren. Het is duidelijk dat instellingen bij de uitvoering van hun zorgprogramma's te maken hebben met omstandigheden waar zij zelf niet altijd invloed op hebben.

Resultaat van de behandeling

Met een deel van de meiden gaat het beter op het moment van vertrek. We zien in het onderzoek ook dat het niet met alle meiden bij vertrek beter lijkt te gaan. Gezien de complexiteit van de problematiek van de meiden is het de vraag welke afname van problemen realistisch is in de periode waarin zij behandeling ontvangen. Uit de kwalitatieve data komt bij een deel van de meiden naar voren dat tijdens de behandeling wel kleine verbeteringen worden behaald. De indruk is dat deze meiden meer tijd en ruimte nodig hebben om de doelen op de uitkomstgebieden te realiseren. Uit gesprekken met de instellingen blijkt ook dat bij een aantal meiden met bijvoorbeeld een lichte verstandelijke beperking of met een autismespectrumstoornis blijvende ondersteuning noodzakelijk is. De doelen van de zorgprogramma's lijken erg ambitieus. Het is de vraag in hoeverre deze overeenkomen met persoonlijke doelen van de meiden zelf.

Naar aanleiding van de resultaten ontstaat de vraag of voor een deel van de meiden een aanvullend of alternatief aanbod wenselijk is. Hoewel in de internationale literatuur de effectiviteit van intensieve ambulante programma's niet is vastgesteld, lijkt het de moeite waard om te kijken of en hoe een intensief ambulant aanbod dat zich richt op verschillende leefgebieden voor een deel van de meiden een passend alternatief kan zijn. Kleinschalig verblijf, waar de laatste jaren steeds meer op wordt ingezet voor jongeren met meervoudige en complexe problematiek die extra bescherming nodig hebben, lijkt voor deze meiden ook een passend alternatief. Hierdoor kan een negatieve groepsdynamiek tussen meiden worden beperkt en zijn er meer mogelijkheden voor individuele begeleiding. Het biedt meiden de mogelijkheid om zo lang als nodig op een plek te blijven wonen en overplaatsingen te voorkomen (Van Schie et al., 2020)

De resultaten bevestigen tot slot het belang om tijdig passende hulp te bieden en gesloten jeugdhulp zoveel mogelijk te voorkomen.

Mogelijkheden en beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek bevestigt dat een Randomized Controlled Trial-onderzoek op groepsniveau niet haalbaar is om de effectiviteit van de behandeling vast te stellen voor deze doelgroep. De doelgroep is heterogeen en te klein in aantal. Ook zijn de hulptrajecten van de meiden te divers. De n=1-methode en het participatief actieonderzoek zijn bruikbare methoden gebleken om meer zicht te krijgen op de behandeling en het resultaat van de behandeling. De combinatie en integratie van kwantitatieve en kwalitatieve data biedt aanknopingspunten om te leren, te reflecteren en te verbeteren in de praktijk.

In het onderzoek is op verschillende manieren in kaart gebracht of het beter gaat met de meiden. Het was van toegevoegde waarde om meerdere perspectieven op de uitkomst van de behandeling mee te nemen in het onderzoek. Op basis van het participatief actieonderzoek bij de meiden hebben we items over hun welbevinden geformuleerd met als doel het perspectief van de meiden op het resultaat van de behandeling mee te nemen in het n=1-onderzoek. Het aantal frequente metingen was helaas vaak onvoldoende om te zeggen of er sprake was van een verbetering in het welbevinden. Bij de meiden zijn ook vaak geen persoonlijke items geselecteerd om de verandering te meten. Het participatief actieonderzoek en de interviews lijken het meeste zicht te geven op het perspectief van de meiden op het resultaat. Op de vragenlijsten rapporteren vooral ouders en mentoren een betrouwbare verandering. Bijna alle ouders rapporteren bij de start ook bovengemiddelde problemen. Opvallend is dat mentoren van meiden in de gesloten groepen minder vaak bovengemiddelde problemen rapporteren. Als mogelijke verklaring is door een instelling genoemd dat mentoren na verloop van tijd gewend raken aan ernstige problematiek. In het onderzoek is waar mogelijk gekozen voor gevalideerde vragenlijsten. We zien dat vooral op de SIER door meiden geen bovengemiddelde problemen worden gerapporteerd, terwijl dit gezien de problematiek van de doelgroep wel te verwachten is. De vraag is of de vragenlijst de vooruitgang voldoende betrouwbaar meet.

Het participatieve onderzoek maakt dat het onderzoek niet alleen óver de meiden gaat, maar ook ván de meiden is (*nothing about us without us*). Dit onderzoek heeft richting gegeven zowel aan de opzet voor de n=1-studies als aan een dialoog tussen de deelnemende meiden en hun begeleiders. Aandachtspunt is dat de vorm waarin meiden meedoen aan onderzoek, bijvoorbeeld in een gesprek, met een vragenlijst of in een creatieve sessie, invloed heeft op wat de meiden delen met de onderzoekers. Zo zagen we in dit onderzoek dat de meiden kritischer reflecteerden in een creatieve groepsessie dan in een-op-eensessies met de onderzoeker. Daarnaast is er sprake van een ingewikkelde afhankelijkheidsrelatie met zorgverleners, die belangrijke beslissingen kunnen nemen over het leven in de instelling en over de toekomst van deze meiden.

Het onderzoek is een praktijkonderzoek. Het was onder andere niet mogelijk om een n=1-design in te richten met een baseline en met een experimentele opzet. Als alternatief hebben we gebruikgemaakt van een systemische opzet waarbij we bij meerdere informanten gegevens verzamelden. Dit vroeg veel van de meiden, ouders en professionals. Tegelijkertijd hoorden we ook van enkele meiden via de instelling terug dat zij extra persoonlijke items hebben gekozen omdat zij zelf hun veranderingen hierop wilden volgen. In veel trajecten mist informatie waardoor we meerdere analyses niet konden uitvoeren. Zoals uit de methodesectie blijkt, zijn de eisen aan een herhaalde n=1-studie om van een sterke bewijskracht te kunnen spreken hoog. Naast dat er een serie van minimaal negen n=1-studies moet zijn die in dezelfde richting wijzen, zijn er diverse vereisten aan de opzet waaraan we binnen dit praktijkonderzoek niet konden voldoen.

Het is niet goed gelukt om met de tweewekelijkse vragenlijsten de behandelactiviteiten volledig in beeld te krijgen. Er zijn meer activiteiten ingezet dan geregistreerd. We hebben bij de opzet en de uitvoering van het onderzoek samen met de instellingen gekeken hoe we zoveel mogelijk konden aansluiten bij het primaire proces. Voor de registratie van de behandelactiviteiten was, achteraf gezien, een andere procedure mogelijk beter geweest.

Het onderzoek is uitgevoerd tijdens de coronapandemie. De trajecten van de meiden en de dataverzameling hebben plaatsgevonden in een periode dat er maatregelen werden getroffen om te voorkomen dat het virus werd verspreid. Het is aannemelijk dat de maatregelen, zeker tijdens de eerste lockdown, van invloed is geweest op het verloop van de trajecten en daarmee mogelijk ook op de uitkomsten van de zorgprogramma's.

Het onderzoek is alleen uitgevoerd bij zorgprogramma's die zich niet primair richten op jongeren met een lichte verstandelijke beperking. Bij de start van dit onderzoek waren er nog geen beschreven programma's voor deze groep. Dit is een gemis omdat we weten dat juist deze groep extra kwetsbaar is (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2022). Ook programma's voor jongens die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting zijn in het onderzoek niet meegenomen omdat daar geen beschreven programma's voor waren. Er is minder zicht op jongensslachtoffers terwijl ook voor deze groep passende hulp nodig is (Van Gelder et al., 2017).

Hoe verder?

Het onderzoek geeft een aantal aandachtspunten voor het (door)ontwikkelen en uitvoeren van zorgprogramma's voor meiden die vermoedelijk of feitelijk slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting.

Perspectief van de meiden centraal

Aandacht voor het perspectief van de meiden op hun situatie en op goede zorg is een belangrijk element dat vraagt om expliciet een centrale plek te krijgen in zorgprogramma's. Zowel in het diagnostisch proces, bij het formuleren van doelen en het maken van keuzes in de behandeling als in de uitvoering en evaluatie van de behandeling is het noodzakelijk het perspectief van de meiden te kennen en hierop aan te sluiten. Dit vraagt om inzicht in en aandacht voor hoe de complexe afhankelijkheidsrelatie met hulpverleners van invloed is op de mogelijkheden voor participatie van de meiden. Vooral de mentoren of begeleiders en het leefklimaat bieden goede mogelijkheden om goede zorg te bieden die meiden verlangen. Dit vraagt naast vakbekwame professionals ondersteuning en faciliteiten vanuit de organisatie. Mogelijk dat ook de inzet van ervaringsdeskundigen hierin ondersteunend kan zijn.

Een veilig leefklimaat met ruimte voor autonomie en afspraken op maat

De behoefte van de meiden aan autonomie en tegelijkertijd aan veiligheid kan lastig zijn voor professionals. Het uitgangspunt hierbij is maatwerk, waarbij zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de persoonlijke situatie van elk meisje en steeds wordt gecheckt hoe het meisje dit ervaart. Dit vraagt binnen zorgprogramma's om een gezamenlijke reflectie van meiden, ouders, professionals en instellingen op het doel en de noodzaak van maatregelen en afspraken die worden ingezet om meiden te beschermen. En om gezamenlijk te zoeken naar de ruimte voor autonomie van meiden en voor het maken van fouten waarvan ze kunnen leren.

Gezins- én systeemgericht werken

Bij gezinsgericht werken is het belangrijk dat er een goede samenwerkingsrelatie is tussen het gezin en de hulpverlening. Er kunnen belemmeringen zijn die het lastig maken om de samenwerking vorm te geven. Het is belangrijk om binnen de zorgprogramma's goed zicht te hebben op het perspectief van ouders op de situatie en de problemen die zij ervaren. Zeker wanneer ouders niet beschikbaar zijn, is het bovendien nodig om in het bredere systeem te werken aan een positief en ondersteunend netwerk.

Een klein aanbod interventies goed uitvoeren

Een beperkter aanbod van interventies in het zorgprogramma helpt om keuzes te maken in de praktijk en om de interventies conform protocol uit te voeren. Dit vraagt om onderbouwde keuzes in het aantal interventies per uitkomstgebied dat in een programma beschikbaar is. Het advies is om hierbij, waar het kan, te kiezen voor evidence-based of erkende interventies.

Realistische doelen stellen

Het is aan te raden om bij de ontwikkeling en uitvoering van de zorgprogramma's uit te gaan van realistische, haalbare doelen. Dit geldt voor de doelen die samen met de meiden worden opgesteld, maar ook voor de doelen van het zorgprogramma als geheel. Dit zorgt ervoor dat de hulp overzichtelijk blijft en aansluit bij de meiden en hun ouders. Bij de evaluatie van individuele trajecten van de meiden en van de zorgprogramma's helpt dit om beter zicht te krijgen op kleinere successen die zijn behaald.

Alternatief aanbod

Ambulante programma's en kleinschalig verblijf kunnen mogelijk voor meiden een passender aanbod zijn. Een aantal instellingen werkt inmiddels aan een ambulant aanbod voor deze groep meiden. Ook met kleinschalig verblijf voor deze doelgroep wordt al ervaring opgedaan. Het is aan te raden om te evalueren of deze vormen beter aansluiten bij de behoeften en doelen van meiden. De elementen uit de zorgprogramma's vormen een goede basis voor dit aanbod.

Andere groepen slachtoffers van seksuele uitbuiting

Voor jongens of non-binaire jongeren die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting of jongeren met een lichte verstandelijke beperking zullen op hoofdlijnen de elementen uit de zorgprogramma's van toepassing zijn. De hiergenoemde aandachtspunten kunnen bij de ontwikkeling en uitvoering van programma's ook voor deze doelgroepen ondersteunend zijn. Bij de uitvoering en keuzes voor interventies is wel aandacht nodig voor de specifieke vragen en behoeften van de betreffende doelgroepen.

Preventie en tijdig signaleren

De verhalen van de meiden maken indruk en bevestigen de noodzaak van blijvende aandacht voor preventieve aanpak en vroegtijdige signalering van problemen op het gebied van seksualiteit, weerbaarheid en seksuele uitbuiting. Dit vraagt een gezamenlijke inspanning van lokale en landelijke overheden en organisaties in het brede jeugdveld, politie en justitie.

Goede voorwaarden voor zorg

Er zijn veel factoren van invloed op de uitvoering van de zorgprogramma's. Professionals en instellingen hebben te maken met complicerende, onvoorziene factoren zoals het coronavirus, maar ook met problemen op de arbeidsmarkt, inkoop en maatschappelijke druk om resultaten te behalen. De zorg voor de meiden is een maatschappelijke verantwoordelijkheid die de programma's niet alleen moeten dragen. Goede voorwaarden zijn noodzakelijk om zorg voor de meiden verder te ontwikkelen en goed uit te voeren. Lokale en landelijke overheden hebben een belangrijke rol om te zorgen dat de voorwaarden aanwezig zijn om hulp voor slachtoffers van seksuele uitbuiting goed uit te kunnen voeren.

Vervolgonderzoek

Meer onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in wat werkt voor wie. Binnen instellingen kan het systematisch monitoren van de trajecten van deze meiden hier een bijdrage aan leveren. Middels een cyclus van diagnostiek, behandelplan, behandeling en het monitoren van de uitkomsten is het mogelijk om meer zicht te krijgen op wat werkt voor welk meisje. Hierdoor kunnen instellingen leren van hun eigen proces, wat ook direct iets oplevert voor het traject van het meisje.

Het onderzoek geeft zicht op welke interventies vaak bij deze doelgroep worden ingezet. Een vervolgstap is om effectiviteit van specifieke interventies voor deze doelgroep te onderzoeken. Bijvoorbeeld interventies die vaak worden ingezet, zoals vaktherapie, of interventies die door meiden en ouders genoemd worden als helpend. Wanneer de te onderzoeken behandelactiviteiten goed zijn gedefinieerd is een meer experimenteel design van $n=1$ mogelijk om meer zicht te krijgen op de werkzaamheid van onderdelen van het aanbod.

Bij vervolgonderzoek met de $n=1$ -methode is het aan te raden om het proces van dataverzameling te verbeteren. Dit kan door bijvoorbeeld activiteiten in kaart te brengen door dossieronderzoek en de metingen nog beter in te bedden in het primaire proces.

Het is daarbij belangrijk om kritisch met elkaar na te denken over hoe we de ervaringen en perspectieven van meiden zelf een plek geven in (vervolg)onderzoek. De vorm waarin meiden mee doen aan onderzoek en de ingewikkelde afhankelijkheidsrelatie met de hulpverleners hebben invloed op wat de meiden delen.

Dankwoord

Allereerst willen we de meiden en hun ouders die hebben deelgenomen bedanken. Dit onderzoek was onmogelijk geweest zonder hun verhalen, ervaringen en input. Bedankt voor jullie openheid, eerlijkheid en waardevolle perspectief op deze hulp in het onderzoek. Jullie verhalen hebben ons geraakt en motiveren ons om ons blijvend hard te maken voor de beste zorg voor deze doelgroep.

De inzet van de mentoren is in het onderzoek ook onmisbaar geweest. Zij stonden in contact met de meiden en hun ouders en hebben hun best gedaan om in de drukte van alledag zoveel mogelijk complete data op te halen. De onderzoekcoördinatoren hebben daarbij een belangrijke rol gehad. Ook konden we met hun ervaring en kennis van de praktijk dit onderzoek goed vormgeven en hebben we met elkaar veel geleerd. We willen alle betrokkenen vanuit de instellingen bedanken dat we een inkijkje hebben mogen krijgen in jullie complexe maar mooie werkpraktijk, en dat jullie je hierin ook kwetsbaar en open hebben opgesteld.

Ook willen we de onderzoekstagiaires en -assistenten bedanken die ons hebben geholpen met het opzetten van het onderzoek, het afnemen van interviews en het analyseren en beschrijven van de data. Dit waren Lea, Carlotte, Natalie en Sophie. Het was veel werk en jullie hebben ons hierin ondersteund en scherp gehouden. Ook een dank aan Nila, die ons heeft geholpen met het transcriberen van de interviews. En aan een oud-collega van het Nederlands Jeugdinstituut, Cora, voor haar bijdrage aan het literatuuronderzoek.

Tot slot bedanken we de leden van de begeleidingscommissie, voor hun inbreng en perspectief gedurende het onderzoek. De begeleidingscommissie bestond uit het ministerie van VWS, Defence for Children, de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, Kenniscentrum LVB, de onderzoekers van het onderzoeksproject 'Een goede toekomst, Fier en Praktikon', en ZonMw.

Literatuur

Aalbers, S., Spreen, M., Bosveld-van Haandel, L., & Bogaerts, S. (2016). Evaluation of client progress in music therapy: an illustration of an N- of-1 design in individual short-term improvisational music therapy with clients with depression. *Nordic Journal of Music Therapy, Vol 26(3)*, 256-271.

<https://doi.org/10.1080/08098131.2016.1205649>

Abma, T., Banks, S., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., Springett, J., & Wright, M. T. (2019). *Participatory Research for Health and Social Well-Being*. Cham: Springer International Publishing.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Ivanova, M. Y., & Rescorla, L. A. (2011). *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor™ (BPM)*. Burlington: ASEBA

Addink, A., Abrahamse, S., Maric, M., Spreen, M. & Veldt, M. van der, (2022). *Meiden per instelling. Resultaten voor de instellingen*. Nederlands Jeugdinstituut, Universiteit van Amsterdam, Noord Holland Stenden Hogeschool

Addink, A., & Malmberg, M. (2018). *Eindnotitie verkenning mogelijkheden effectonderzoek naar de behandeling van slachtoffers van loverboys en mensenhandel*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Aussems, K., Muntinga, M., Addink, A., & Dedding, C. (2020). "Call us by our name": Quality of care and wellbeing from the perspective of girls in residential care facilities who are commercially and sexually exploited by "loverboys". *Children and Youth Services Review* 116

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105213>

Barneveld, A. van (2018). *Fides Handboek*. Utrecht: De Rading Jeugd en Opvoedhulp.

Bramsen, I., Castilla Carrasco, S., Woude, S. van der, Jordan, T., Hoek, M. van der, Gutterswijk, R., Sonderman, J., & Kuiper, C. (2017). *Methodiekhandleiding Hestia. Een zorgprogramma in de JeugdzorgPlus voor minderjarige slachtoffers van loverboys*. Rotterdam: Horizon Jeugdzorg & Onderwijs in samenwerking met Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam, Expertise Centrum Jeugd van Hogeschool Leiden en JSO.

Bekken, F., & Noteboom, F. (2021). *Ouders aan het woord. Een eerste verkenning naar de ervaring van ouders van seksueel uitgebuite kinderen in Nederland*. Leeuwarden: Fier in samenwerking met het CKM.

Bijleveld, G., Dedding, C., & Bunders, J. (2014). Seeing eye to eye, or not? Young people's and child protection workers' perspectives on children's participation within the Dutch child protection and welfare services. *Children and Youth Services Review, 2014, 47*, issue P3: 253-259.

Bijleveld, G., Bunders-Aelen, J., & Dedding, C. (2020). Exploring the essence of enabling child participation within Child Protection Services. *Child & Family Social Work, 25(2)*, 286–293.

<https://doi.org/10.1111/cfs.12684>

Bounds, D.T., Edinburgh, L.D., Fogg, L.F., & Saeywc, E.M. (2019). A nurse practitioner-led intervention for runaway adolescents who have been sexually assaulted or sexually exploited: Effects on trauma symptoms, suicidality, and self-injury. *Child Abuse and Neglect, 90*, 99-107.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.023>

Centre for Human Rights, United Nations (1989) *The Convention on the rights of the child: adopted by the General Assembly of the United Nations on 20 November 1989*. Geneva, Switzerland.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, Haaga, J. D. A. F., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, vol. 51, Number 1, 3-16.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

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

Countryman-Roswurm, K., & Bolin, B. L. (2014). Domestic minor sex trafficking: Assessing and reducing risk. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 31(6), 521–538.
<https://doi.org/10.1007/s10560-014-0336-6>

Databank Effectieve jeugdinterventies | Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). Geraadpleegd op 9 september 2022, van <https://www.nji.nl/interventies>

Deb, S., Mukherjee, A., & Mathews, B. (2011). Aggression in sexually abused trafficked girls and efficacy of intervention. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(4), 745-768.
<https://doi.org/10.1177/0886260510365875>

Dedding, C., Groot, B., Slager, M., & Abma, T. (2022). Building an alternative conceptualization of participation: From Shared Decision-making to acting and work. *Educational Action Research*, 1–13.
<https://doi.org/10.1080/09650792.2022.2035788>

Dedding, C., Jurrius, K., Moonen, X., & Rutjes, L. (eds) (2013). *Kinderen en jongeren actief in wetenschappelijk onderzoek. Ethiek, methoden en resultaten van onderzoek met en door jeugd*. Houten: Lannoo Campus.

Defence for Children & Terre des Hommes (2022). *Terminologiegids voor de bescherming van kinderen tegen seksuele uitbuiting en seksueel misbruik*.

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.

Edinburgh, L. D., & Saewyc, E. M. (2009). A novel, intensive home-visiting intervention for runaway, sexually exploited girls. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN*, 14(1), 41–48.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00174.x>

Eijgenraam, K., Bartelink, C., Daru, S., Kooijman, K., Gastel, W. van, Visser, A., & Bokhoven, I. van. (2017). *Toelichting en handreiking bij het Risicotaxatie instrument Seksueel grensoverschrijdend gedrag (RiS). Aangevuld met signalen en risico's meisjesslachtoffers loverboys (RiS-L)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut en Movisie.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>

Fier (2020). *Zorgprogramma Asja*. Leeuwarden: Fier.

Franck, E., Raedt, R. de, Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica*, 48(1), 25-35.

García, J. A., Y Olmos, F. C., Matheu, M. L., & Carreño, T. P. (2019). Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5(3), e01378. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378>

Gelder, P. van, Smit, W., Bakker, L., & Vaan, K. de (2017). *Seksuele uitbuiting van jongens in Nederland. Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan.

Gibbs, D. A., Hardison Walters, J. L., Lutnick, A., Miller, S., & Kluckman, M. (2015). Services to domestic minor victims of sex trafficking: Opportunities for engagement and support. *Children and Youth Services Review*, 54, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.04.003>

Gower, J.C. (1971). A general coefficient of similarity and some of its properties. *Biometrics*.

Harder, A., Knorth, E., & Kuiper, C. (2020). *Uithuisgeplaatste jeugdigen. Sleutels tot succes in behandeling en onderwijs*. Amsterdam: SWP.

Heide, B. de, Dorp, M. van, Scholten, M., Mulder, E., Domburgh, L., & Popma, A. (2019). *Eindrapport "Ik laat je niet alleen". Een gezamenlijk onderzoeksproject naar het verminderen van gedwongen afzonderen in JeugdzorgPlus*. Zutphen: Intermetzo / Academische Werkplaats Risicojeugd.

Hickle, K. E., & Roe-Sepowitz, D. E. (2014). Putting the piece back together: A group intervention for sexually exploited adolescent girls. *Social Work with Groups*, 37(2), 99–113. <https://doi.org/10.1080/01609513.2013.823838>

Ijadi-Maghsoodi, R., Bath, E., Cook, M., Textor, L., & Barnert, E. (2018). Commercially sexually exploited youths' health care experiences, barriers, and recommendations: A qualitative analysis. *Child Abuse & Neglect*, 76, 334–341.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *De kwaliteit van de gespecialiseerde jeugdhulp aan slachtoffers van loverboys*. Utrecht.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022). *Vrijheidsbeperkende maatregelen in open residentiële jeugdhulp*. Utrecht.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Kenniscentrum Sport & Bewegen, Movisie, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Nederlands Jeugdinstituut, RIVM, Trimbos-instituut en Vilans (2021). *Erkenning van interventies. Criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2019-2022*.

Kleinschmidt, L. (2009). Keeping mother alive: Psychotherapy with a teenage mother following human trafficking. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(3), 262-275. <https://doi.org/10.1080/00754170903234416>

Leeuwen, H. van (2019). *PINQ-behandeling. Handleiding aanpak slachtoffers Mensenhandel (loverboys)*. Amsterdam: Spirit.

Leeuwen, H. van, & Konijn, C. (2017). *Handleiding aanpak slachtoffers mensenhandel. PINQ-crisis*. Amsterdam: Spirit.

Mansfield, A. K., Keitner, G. I., & Dealy, J. (2014). The Family Assessment Device: An Update. *Family Process*, 54(1), 82–93. <https://doi.org/10.1111/famp.12080>

Maric, M. (2018). Single-Case Experimental Designs in CBT. *Gedragstherapie*, 51, 158-170.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Cloud, D. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analogue measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.

Miller, E., Goldstein, S., McCauley, H. L., Jones, K. A., Dick, R. N., Jetton, J., Silverman, J. G., Blackburn, S., Monasterio, E., James, L., & Tancredi, D.J. (2015). A school health center intervention for abusive adolescent relationships: A cluster RCT. *Pediatrics*, 135(1), 76-85. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2471>

Moynihan, M., Pitcher, C., & Saewyc, E. (2018). Interventions that foster healing among sexually exploited children and adolescents: A systematic review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27 (4), 403-423. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477220>

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2021). *Slachtoffermonitor Mensenhandel 2016-2020*. Nationaal Rapporteur.

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2022). *Brede blik op slachtofferschap. Achtergronden van slachtoffers van seksueel geweld tegen kinderen en seksuele uitbuiting*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

Nijhof, K. S., Scholte, R. H. J., Burk, W. J., Engels, R. C. M. E., Dam, C. van, & Veerman, J. W. (2012). Sexual behavior and treatment improvement of institutionalized girls. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 250–264. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2012.702525>

O’Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359–369. DOI: [10.1016/j.jaac.2013.01.013](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013)

Parker, R.I. & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-67.

Pierce, A. S. (2012). American Indian adolescent girls: Vulnerability to sex trafficking, intervention strategies. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online)*, 19(1), 37–53. DOI: 10.5820/aian.1901.2012.37

Piper, B. J., Gray, H. M., Raber, J., & Birkett, M. A. (2014). Reliability and validity of Brief Problem Monitor, an abbreviated form of the Child Behavior Checklist. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(10), 759–767. <https://doi.org/10.1111/pcn.12188>

Pluryn-Intermetzo (2019). *“Safe and Sound”*. Zorgprogramma voor minderjarige zedenslachtoffers van mensenhandel. Nijmegen: Pluryn-Intermetzo.

Robinson, R., & Páramo, P. (2007). Juvenile prostitution and community rehabilitation: An exploratory analysis of beliefs and values. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17(3), 237–247. <https://doi.org/10.1002/casp.914>

Roest, J. J., Dekker, A. L., Miert, V. S. L., Valk, S. de, & Helm, G. H. P. van der (2016). Handleiding GCI: Group Climate Instrument. Leiden: Hogeschool Leiden.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.

Saewyc, E. M., & Edinburgh, L. D. (2010). Restoring healthy developmental trajectories for sexually exploited young runaway girls: Fostering protective factors and reducing risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 180–188. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.010>

Sas, F. 't (2016). *PINQ-gesloten jeugdzorg. Handleiding aanpak slachtoffers loverboys*. De Koppeling. Amsterdam: Spirit.

Sautot, L., Faivre, B., Journaux, L., & Molin, P. (2015). The hierarchical agglomerative clustering with Gower index: A methodology for automatic design of OLAP cube in ecological data processing context. *Ecological Informatics*, 26, 217-230.

Schie, L. van, Mulder, E., Nijhof, K. S., Domburgh, L. van, Harder, A. T., Konijn, C., Kolkman, J., Kranenburg, M., Lekkerkerker, L., & Popma, A. (2020). *Kleine groepen bij Grote problemen: kleinschalige voorzieningen als alternatief voor reguliere gesloten jeugdhulp*. Nijmegen: Pluryn.

Schram, D. D., & Giovengo, M. A. (1991). Evaluation of threshold: An independent living program for homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 12(7), 567–572. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90089-5](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90089-5)

Spirit (2019). *Seksuele Interactie en Relatie Vragenlijst – versie 2.0*.

Spreen, M. (2009). Rede uitgesproken bij de installatie als lector Social Work and Arts Therapies. Leeuwarden: Stenden Hogeschool.

Spreen, M., Timmerman, M. E., Horst, P. Ter, & Schuringa, E. (2010) 'Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps', *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10: 4, 285 — 299.

Sterk Huis (jaartal onbekend). *Veilig Lima. Methodiek voor behandeling (vermoedelijke) slachtoffers van Jeugdprostitutie*.

Tao of Care (2018). *Eindrapportage Proeftuin Sociale Benadering Dementie Leeuwarden*. Proeftuin Sociale Benadering Dementie. Amsterdam: Onderzoeksbureau Tao of Care.

The, A-M. (2017). *Dagelijks leven met dementie. Een blik achter de voordeur*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeris.

Thomson, S., Hirshberg, D., Corbett, A., Valila, N., & Howley, D. (2011). Residential treatment for sexually exploited adolescent girls: Acknowledge, Commit, Transform (ACT). *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2290–2296. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.07.017>

Twill, S. E., Green, D. M., & Traylor, A. (2010). A descriptive study on sexually exploited children in residential treatment. *Child & Youth Care Forum*, 39(3), 187–199. <https://doi.org/10.1007/s10566-010-9098-2>

Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S., & Keitner, G. I. (2014). The Evaluation of Family Functioning by the Family Assessment Device: A Systematic Review of Studies in Adult Clinical Populations. *Family Process*, 54(1), 94–115. <https://doi.org/10.1111/famp.12098>

Verhulst, F. C. & Ende, J. van der (2013). *Handleiding ASEBA-Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR en TRF*. Rotterdam: ASEBA Nederland.

Verlinden, E., & Lindauer, R. (2015). *CRIES kindversie. Vragenlijst voor screenen op posttraumatische stressklachten bij kinderen van 8 tot 18 jaar*.

Verlinden, E., Meijel, E. P. M., Opmeer B. C., Beer, R., Roos, C. de, Bicanic, I. A. E., Lamers-Winkelmann, F., Olff, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2014). Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale in a clinically referred Dutch sample. *Journal of Trauma Stress*, Jun, 27(3):338-44. DOI: [10.1002/jts.21910](https://doi.org/10.1002/jts.21910)

Volgin, R. N., Shakespeare-Finch, J., & Shochet, I. M. (2018). Posttraumatic distress, hope, and growth in survivors of commercial sexual exploitation in Nepal. *Traumatology*, n.a.. <https://doi.org/10.1037/trm0000174>

Wachter D. de, Vandewalle S., Vansteelandt, K., Vanderlinden, J., & Lange, A. (2006) Een psychometrische verkenning van de Nederlandse versie van de Family Assessment Device. *Directieve Therapie*, 26(1):43-57.

Wurzbacher, K. V., Evans, E. D., & Moore, E. J. (1991). Effects of alternative street school on youth involved in prostitution. *Journal of Adolescent Health*, 12(7), 549–554. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90086-2](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90086-2)

Yperen, T. van, Veerman, J.W., & Berg, G. van den (2015). *Elementen die er toe doen. Overzicht van begrippen over werkzame elementen en een voorstel voor een indeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

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

Bijlage 1 Overzicht studies literatuuronderzoek

Auteurs	Land	Onderzoeksgroep (N, leeftijd en sekse)	Uitkomstmaat	Effect	Onderzoeksdesign	Bewijskracht van het onderzoek
Bounds, Edinburgh, Fogg & Saeywc (2019)	VS	N = 362 12-17 jaar	Emotionele problemen (gemeten met Emotional Distress Scale) Suïcidaliteit en automutilatie (gemeten met Minesota Student Survey) Traumasymptomen (gemeten met UCLA Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index)	Positieve resultaten Afname van problemen na 3 en 6 maanden behandeling zichtbaar, wat ook na 12 maanden nog gehandhaafd bleef. Jongeren hadden minder emotionele problemen, zelfbeschadigend gedrag, zelfmoord-ideaties en -pogingen en minder traumasymptomen.	Herhaalde meting met alleen behandelgroep	Licht Aanzienlijke onderzoeksgroep, betrouwbare meetinstrumenten
Countryman-Roswurm & Bolin (2014)	VS	N = 23 14-21 jaar 56% meisjes	Zelfwaardering (gemeten met Rosenberg Self-Esteem Scale) Gezinsgeschiedenis (incl. steun) Risico-ervaringen en -gedragingen Gedachten, gevoelens en overtuigingen t.a.v. intieme relaties en seksuele exploitatie Vroegere en huidige ervaringen met mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik (incl. seksuele exploitatie)	Positieve resultaten 70% van de deelnemers had baat bij de interventie, zij ontwikkelden gezondere relaties met zichzelf, leeftijdgenoten, familie en datingpartners.	Voor- en nameting, met alleen behandelgroep	Licht Zelf geconstrueerde vragenlijst (betrouwbaarheid en validiteit niet bekend), kleine onderzoeksgroep
Deb, Mukherjee &	India	N = 120 13-18 jaar 100% meisjes	Agressie	Positieve resultaten Meisjes die zeiden dat ze profijt hadden van de counseling waren	Interview	Licht Geen voor- en nameting, alleen

Mathews (2011)		<i>Controlegroep</i> Niet seksueel misbruikt N = 120 13-18 jaar 100% meisjes		minder agressief dan meisjes die zeiden dat ze geen baat hadden bij de counseling.		gevraagd of ze dachten baat te hebben bij de behandeling.
Edinburgh & Saewyc (2009)	VS	N = 20 10-14 jaar 100% meisjes	Afname soa's Naar school gaan Afname weglopen	Positieve resultaten Na 6 maanden hadden minder jongeren een soa (afname van 55% naar 15%), gingen allemaal naar school en het aantal keer dat ze van huis wegliepen nam af. Na 12 maanden hadden de jongeren betere kennis over hun gezondheid en gingen beter met hun gezondheid om. Het aantal soa's nam af tot 5%.	Interviews bij aanvang, 6 en 12 maanden, met alleen behandelgroep	Zwak Meetinstrumenten niet helder beschreven. Kleine onderzoeksgroep
Gibbs et al. (2015)	VS	N = 201 12-18 jaar 75% meisjes	Toegang tot hulp	Effectiviteit onduidelijk De kans was het grootste dat cliënten hulp ontvingen die door de aanbieder zelf geboden werd.	Observationeel, procesevaluatie	Zwak Geen duidelijke uitkomstmaten
Hickle & Roe-Sepowitz (2014)	VS	N = 10 Leeftijd? 100% meisjes	Kennis over seksueel misbruik Wederzijdse steun Omgaan met schuld en schaamte Omgaan met emoties	Effectiviteit onduidelijk Alleen beschrijvend gegeven hoe groepsgesprekken leidden tot disclosure.	Narratief	Zwak Alleen narratief beschreven hoe het therapieproces verloopt (vanuit perspectief van behandelaar) en tot wat voor gesprekken dat leidt tussen groepsleden.
Kleinschmidt (2009)	VK	N = 1 17 jaar Meisje	Niet beschreven	Effectiviteit onduidelijk Niet beschreven.	Narratief	Zwak Alleen narratief beschreven hoe het therapieproces verloopt

(vanuit het perspectief van de behandelaar)

Miller et al. (2015)	VS	N = 495 14-19 jaar 76% meisjes <i>Controlegroep</i> N = 516 14-19 jaar 77% meisjes	Bereidheid om te handelen bij (vermoedens van) misbruik tussen adolescenten in een romantische relatie Kennis over en gebruik van hulpbronnen voor misbruik tussen adolescenten in een romantische relatie Herkenning van seksuele dwang	Positieve resultaten Leerlingen in de experimentele groep waren beter in staat seksuele dwang te herkennen, verder geen verschillen.	Cluster RCT met follow-up na 3 maanden	Vrij sterk Random toewijzing van gezondheidscentra aan controle- of experimentele conditie.
Nijhof et al. (2012)	NL	N = 174 Gem. 15,7 jaar 100% meisjes	Internaliserende en externaliserende gedragsproblemen (gemeten met YSR) Crimineel gedrag Drugs- en alcoholgebruik Zelfwaardering (gemeten met Rosenberg Self-Esteem Scale) Coping (gemeten met Utrechtse Coping Lijst)	Positieve en negatieve resultaten Bij meisjes die slachtoffer waren van gedwongen prostitutie namen internaliserende problemen toe tijdens de behandeling, terwijl die bij andere meisjes afnamen. Bij de meisjes met normaal seksueel gedrag nam crimineel gedrag en drugsgebruik sterker af dan bij de andere groepen. Slachtoffers van gedwongen prostitutie ervoeren een afname van het gebruik van emotionele coping, terwijl dit bij de andere groepen juist toenam.	Quasi-experimenteel, drie groepen gevormd op basis van dossierinformatie, met drie metingen (aanvang, 6 maanden en na afloop)	Vrij sterk Indeling in groepen is niet helder, kleine groepen en deelnemers hebben niet alle vragenlijsten op drie meetmomenten ingevuld.
O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty & Black (2013)	Congo	N = 24 12-17 jaar 100% meisjes <i>Controlegroep</i> Wachtlijst N = 28	Afname posttraumatische stress (gemeten met UCLA Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index) Psychosociaal functioneren (gemeten met de African Youth	Positieve resultaten Experimentele groep had een aanzienlijke afname van traumasymptomen, depressie en angst, en gedragsproblemen, en een aanzienlijke toename van pro sociaal gedrag. Bij de follow-up was nog een	RCT met follow-up na 3 maanden	Vrij sterk Kleine groep

		12-17 jaar 100% meisjes	Psychosocial Assessment Instrument)	verdere verbetering zichtbaar. In de controlegroep was geen verbetering zichtbaar.		
Pierce (2012)	VS	N = 58 11-21 jaar 100%	Risico op slachtoffer worden van sex trafficking	Positieve resultaten Programma lijkt te helpen om veiligheid en stabiele huisvesting van de meisjes te verbeteren, hen te helpen gezondere bronnen van sociale steun te vinden en de relatie met ouders/verzorgers te verbeteren.	Interview bij intake en na 6 maanden	Licht Kwalitatieve metingen, kleine onderzoeksgroep
Robinson & Páramo (2007)	Colombia	N = 28 12-26 jaar 79% meisjes	Geen	Effectiviteit onduidelijk Geen	Beschrijvend	Zwak Geen effectstudie, maar beschrijvend (overtuigingen over programma en jeugdprostitutie)
Saewyc & Edinburgh (2010)	VS	N = 68 12-15 jaar 100% meisjes Vergelijkingsgroep uit algemene bevolking (N = 12.775) ingedeeld naar meisjes die met incest, seksueel geweld of geen van beide te maken hebben gehad.	Gezinsrelaties Netwerk Leren en onderwijs Zelfwaardering (gemeten met Rosenberg Self-Esteem Scale) Zelfdoding Emotionele stress Condoomgebruik	Positieve resultaten Gezinsrelaties en relaties met belangrijke anderen verbeterden zichtbaar. Meisjes voelden zich meer verbonden met school en hadden betere cijfers. Emotionele stress verminderde duidelijk, ook dachten meiden minder aan zelfdoding en deden ze minder vaak een poging. Meisjes gebruikten vaker een condoom en hadden minder seksuele partners. Uit de interventiegroep met de ernstigste problemen hadden de meeste verbetering na 12 maanden.	Quasi-experimenteel met baseline, 6 en 12 maanden meting, met controlegroep zonder interventie	Vrij sterk Meetinstrumenten niet allemaal gevalideerd.

Schram & Giovengo (1991)	VS	N = 24 16-18 jaar 100% meisjes	Werk en opleiding Vaardigheden om zelfstandig te wonen	Effectiviteit onduidelijk Zes maanden na beëindiging van het programma had ruim 40% een positieve uitkomst: deze meisjes hadden een stabiele woonsituatie, hadden werk en/of gingen naar school, gebruikten geen drugs en waren niet betrokken bij prostitutie of andere criminele activiteiten. Een derde had een negatieve uitkomst: deze meiden leefden op straat en/of gebruikten drugs.	Observationeel	Zwak Geen effectonderzoek, alleen beschrijvend stand van zaken na afloop van programma
Thomson, Hirshberg, Corbett, Valila & Howley (2011)	VS	N = 13 13-18 jaar 100% meisjes Vergelijking met gegevens van deelnemers die eerder in dezelfde residentiële instelling verbleven (maar behandelprogramma was anders)	Leefsituatie Riskant gedrag Onderwijs Opname Arrestaties Gebruik van nazorg Cliënttevredenheid	Positieve resultaten De meisjes die het programma volgens plan beëindigden, hadden 3 maanden later nog steeds een veilige verblijfplek. De meesten gingen naar school en hadden na afloop nog contact met hun mentor.	Observationeel	Zwak Geen helder beschreven uitkomsten, geen voor- en nameting, geen gevalideerde instrumenten
Twill, Green & Traylor (2010)	VS	N = 22 12-16 jaar 100% meisjes	Terugval in prostitutie Recidive in andere misdaden	Effectiviteit onduidelijk Geen van de meisjes viel terug in prostitutie. De helft beging wel opnieuw een andere misdaad.	Observationeel	Zwak Geen gevalideerde instrumenten, geen voor- en nameting
Volgin, Shakespeare-Finch & Shochet (2018)	Nepal	N = 22 13-18 jaar 100% meisjes	Posttraumatische groei (d.w.z. positieve psychologische veranderingen als resultaat van de worsteling met een traumatische ervaring, waaronder veranderingen in	Positieve resultaten Het lijkt erop dat er een positieve ontwikkeling op gang komt tijdens de therapie.	Observatie en gestructureerde analyse van het therapieproces	Zwak Alleen observaties, geen gestructureerde effectmetingen

zelfbeeld, relaties met anderen
en in levensvisie)

Wurzbacher, Evans & Moore (1991)	VS	<p>N = 45 13-19 jaar 53% meisjes</p> <p><i>Controlegroep</i> N = 69 13-19 jaar 49% meisjes</p>	<p>Frequentie/Incidentie van prostitutie Depressieve symptomen (gemeten met Reynolds Adolescent Depression Scale) Zelfwaardering (gemeten met Rosenbert Self-Esteem Scale) Schoolhouding (gemeten met Quality of School Life Scale)</p>	<p>Positieve resultaten De jongeren die school bezochten, hadden betere uitkomsten: waren minder depressief, stonden positiever tegenover schoolgang, hadden een hogere zelfwaardering en waren minder actief in de prostitutie na twee maanden straatschool. De beide andere groepen (weigeraars en niet in staat) hadden geen significante verbetering.</p>	<p>Quasi-experimenteel met voor- en nameting, met drie groepen (schoolbezoekers, - weigeraars en niet in staat om naar school te gaan)</p>	<p>Vrij sterk Maar wel kleine onderzoeksgroepen</p>
---	----	--	---	--	--	--

Bijlage 2 Vragenlijsten

T1 en T2

Seksuele Interactie en Relatie Vragenlijst (SIER; Spirit, 2019).

De SIER is een vragenlijst om aspecten van seksueel gedrag en relaties te meten. In het onderzoek is de SIER voor de uitkomstgebieden 'misbruik, uitbuiting en weerbaarheid' en 'ondersteunend netwerk' gebruikt. De vragenlijst bestaat uit 43 items die onderverdeeld zijn in zeven subschalen: 'Gevoelens en gedrag', 'Veilige seks', 'Zelfbeeld en zelfwaardering', 'Hulp vragen en vriendschap', 'Toenaderingsgedrag tot de andere sekse', 'Persoonlijke grenzen in relaties' en 'Beeld van seks.' De items worden door het meisje gescoord op een 4-puntsschaal, die loopt van 'Klopt helemaal niet' tot 'Klopt helemaal.' Een voorbeelditem is: 'Het gebruik van alleen een condoom is veilig genoeg.' Er is geen onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument. Bij een totaalscore van 86 of hoger spreken we in dit onderzoek van (veel) problemen.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1979).

De RSES is een vragenlijst die het zelfvertrouwen meet met tien items. Het huidige onderzoek gebruikt de RSES voor het uitkomstgebied 'sociaal-emotionele problematiek'. De items worden gescoord op een 4-puntsschaal, waarbij 1 staat voor 'Helemaal waar voor mij' en 4 voor 'Helemaal niet waar voor mij'. Een voorbeelditem is: 'Ik heb het gevoel dat ik niet veel heb om trots op te zijn.' Om tot de totaalscore te komen, zijn de positief verwoorde items omgescoord. Bij een score van 15 of hoger spreken we in dit onderzoek van een (zeer) lage zelfwaardering. De RSES is beoordeeld met een hoge interne consistentie, stabiliteit en predictieve- en constructvaliditeit (Rosenberg, 1979; Franck, De Raedt, Barbez & Rosseel, 2008).

Children's Revised Impact of Event Scale – 13 (CRIES-13; Verlinden & Lindauer, 2015).

De CRIES is een korte screeningsvragenlijst voor posttraumatische stressklachten bij het kind en wordt door het kind zelf ingevuld. Het onderzoek gebruikt de CRIES voor het uitkomstgebied 'sociaal-emotionele problematiek'. De vragenlijst bevat 13 items en bestaat uit drie schalen: 'Herbeleving', 'Vermijding' en 'Verhoogde Prikkelbaarheid.' Een voorbeelditem is: 'Schrik je sneller of voel je je zenuwachtiger dan voor het gebeurde?' De items worden gescoord op een 4-puntsschaal, waarbij 0 staat voor 'Helemaal niet', 1 voor 'Zelden', 3 voor 'Soms' en 5 voor 'Vaak.' De ruwe totaalscore wordt gebruikt om de ernst van de klachten te bepalen. Bij een score van 30 of hoger is er een groot risico op posttraumatische stressklachten. De CRIES-13 heeft een goede interne consistentie en stabiliteit en geniet de voorkeur boven de CRIES-8 (Verlinden et al., 2014).

McMaster Family Assessment Device (FAD; Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983).

De FAD meet onderdelen van de communicatie binnen gezinnen op basis van zeven schalen: 'Probleem oplossen', 'Communicatie', 'Rolvervulling', 'Affectieve Respons', 'Affectieve Betrokkenheid', 'Gezinscultuur' en 'Algemeen Gezinsfunctioneren'. Het huidig onderzoek gebruikt de items uit de schaal 'Algemeen Gezinsfunctioneren' en zes items uit de schaal 'Probleem oplossen' voor het uitkomstgebied 'gezin en netwerk'. De items worden door het kind gescoord op een 4-puntsschaal. De ruwe schaalscores worden gebruikt om de communicatie te beoordelen. Bij een score van 34 of hoger spreken we in dit onderzoek van problemen in het gezinsfunctioneren. De FAD is een zeer bruikbaar instrument om gezinsfunctioneren mee te meten en beschikt over een goede stabiliteit, interne consistentie en convergente validiteit (Wachter, Vandewalle, Vansteelandt, Vanderlinden, & Lange, 2006).

Youth Self Report (YSR), Child Behaviour checklist (CBCL) (ASEBA-Vragenlijsten 6-18jaar; 2013) Beknopte Probleemmeter – Jongeren (BPM-Y; ASEBA, 2011); Beknopte Probleemmeter – Ouder (BPM-P; ASEBA, 2011).

De YSR is een vragenlijst waarmee jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen. De CBCL wordt door de ouders of verzorgers van het kind ingevuld, maar kan ook worden ingevuld door andere familieleden of volwassenen die het kind of de jongere goed kennen. In dit onderzoek zijn beide vragenlijsten bij de T1 gebruikt. De BPM-Y/P is een ingekorte versie van de YSR/CBCL. De vragenlijst is vlot in te vullen en is om die reden bij de T2 gebruikt. Beide versies bevatten 19 items en bestaan uit drie schalen: 'Aandachtsproblemen', 'Internaliseren' en 'Externaliseren.' De items worden net als bij de YSR en CBCL op een 3-puntsschaal gescoord, waarbij 0 staat voor 'Helemaal niet' en 2 voor 'Duidelijk.' De ruwe schaalscores zijn omgezet naar t-scores. T-scores van .65 of hoger geven aan dat er veel problemen zijn.

Tweewekelijkse metingen

Algemene items

In dit onderzoek zijn zeven items geconstrueerd om het welbevinden van meiden en de verandering hierin te meten. De items worden gescoord op een visueel analoge schaal van 1 tot 10. De items worden door de meiden en door de mentor gescoord. De items zijn gebaseerd op de uitkomsten van de studie onder meiden van Aussems et al. (2020).

Items meiden	Items mentor
1. Ik voel me gezien en gehoord door de begeleiding 1-10	1. Het meisje vertelt en laat zien wat haar bezighoudt 1-10
2. Ik voel me veilig op de groep 1-10	2. Het meisje voelt zich veilig op de groep 1-10
3. Ik kan meebeslissen 1-10	3. Het meisje kan meebeslissen 1-10
4. Ik eet goed 1-10	4. Het meisje eet goed 1-10
5. Ik verzorg mezelf goed 1-10	5. Het meisje verzorgt zich goed 1-10
6. Ik verveel me 1-10	6. Het meisje verveelt zich 1-10
7. Ik weet waar ik goed in ben 1-10	7. Het meisje weet waar ze goed in is 1-10

Gepersonaliseerde items

De behandelaar of de mentor kiest samen met het meisje (en de ouders) op basis van de uitkomsten van de vragenlijsten, de wensen van het meisje en de ouders vijf items uit de vragenlijsten van de belangrijkste klachten of problemen waar het meisje aan wil werken. Drie items gebaseerd op de items van de YSR/CBCL en twee items uit de andere vragenlijsten. De items en de scoremogelijkheden worden gekopieerd uit de oorspronkelijke lijsten. Voor de mentor bestaat de gepersonaliseerde meting uit dezelfde items, hoewel anders geformuleerd. De items uit de YSR werden gewisseld met dezelfde items uit de CBCL. Daarnaast werd voor zowel het meisje als de mentor een aantal meer algemene onderwerpen aangesneden.

T2 en T3 Kwalitatieve gegevens

Tijdens de interviews met het meisje en de ouder werd kwalitatieve informatie verzameld over de verandering en uitkomsten bij het meisje en de behandelactiviteiten tijdens het zorgprogramma. Tevens werd de behandeling geëvalueerd. In het interview met het meisje werd allereerst het welzijn van het meisje op dat moment besproken en of zij verandering ervaarde ten opzichte van het begin van de behandeling. Het interview werd gestart met een open vraag over hoe het op dat moment

ging. Vervolgens werd een aantal thema's besproken: algemeen welbevinden, mogelijkheden voor ontwikkeling en maatschappelijke participatie, het netwerk van familie en vrienden, sociaal-emotionele problemen, veiligheid en weerbaarheid. Ten tweede werd de behandeling besproken, waarbij gevraagd werd naar haar ervaringen en de onderdelen waar zij voor haar gevoel het meeste aan had gehad. Tot slot werd een aantal vragen gesteld over de situatie van het meisje na vertrek uit de instelling, zoals woonplek en inkomen. Het interview met de ouder was gelijk aan het interview met het meisje, maar richtte zich op het perspectief van de ouder. De besproken thema's waren gelijk aan die van het interview met het meisje. Tot slot werd besproken hoe de ouder tijdens het traject werd ondersteund en hoe er werd samengewerkt. In de interviews is ook besproken in hoeverre corona en de coronamaatregelen volgens het meisje en de ouder van invloed zijn geweest op de behandeling.

Behandelactiviteiten: leefklimaat

Group Climate Instrument (GCI; Roest et al , 2016).

De GCI werd gebruikt om het klimaat binnen de groep te meten en werd door het meisje ingevuld. Het huidige onderzoek maakt gebruik van één deel van de CGI: de rapportcijfers. De vragenlijst bestaat uit zes aspecten waar het meisje een cijfer van 1 tot 10 voor kan geven; tevens kan ze aangeven waarom dit cijfer gegeven is. Een voorbeeldaspect is: 'De veiligheid op de leefgroep.' De gegeven rapportcijfers worden bij de beschrijving van de handelactiviteiten gebruikt om zicht te krijgen op het pedagogisch leefklimaat dat als een onderdeel van de behandeling wordt ingezet. De GCI is een betrouwbaar meetinstrument en beschikt over een goede constructvaliditeit.

© 2022 Nederlands Jeugdinstituut, Universiteit van Amsterdam, Noord Holland
Stenden Hogeschool, Amsterdam UMC

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw.

Auteurs: Anne Addink, Stefanie Abrahamse, Marija Maric, Marinus Spreen, Marie-Christine van der Veldt, Karijn Aussems, Maaïke Muntinga, Christine Dedding