

NIET-STATISTISCHE META-ANALYSE

Tabel 6.3 Effectstudies residentiële jeugdzorg (N=110)¹

Algemeen	Methodologie		Gegevens onderzoekssubjecten (ppn)			Gegevens interventie		Gegevens effectiviteit		
	Studie ²³	Design ⁴	Meet-momenten	N (m/v)	Leeftijd (gem. en range in jaren)	Kenmerken	Setting/ programma	Kenmerken (inhoud, onderliggende theorie, duur)	Instrumenten en informatiebronnen	Effectmaat
Abraham et al. (1994) Amerika	PE	2: voormeting en fu na 2 jaar	50 (33/17)	15.45 13-17 bij opname 17.43 14-20 bij fu	<i>Jeugdigen zijn geselecteerd door middel van een search in dossiers. De steekproef is willekeurig getrokken uit een groep jeugdigen bij wie de Rorschach bij opname is afgenomen. Diagnosen (DSM-III-R) affectieve (N=16), psychotische (N=21) en gedragsstoornissen (N=1). Gemiddeld IQ: 95 (instrument niet vermeld). Er worden geen gegevens over etniciteit vermeld.</i>	Residentiële psychiatrische faciliteit	Individuele psychotherapie 2x per week, Groeps therapie 2x per week, gezinstherapie, speciaal onderwijs, recreatieve activiteiten en therapeutisch milieu. Geen theorie vermeld. Duur: 2 jaar	- Rorschach Jeugdigen	Verandering in persoonlijkheid en cognities	Er is verbetering in omgang met stress, in omgang met realiteit/ ervaringen, zelfperceptie en realistische eigenwaarde en een toename in interpersoonlijk comfort en sociale identificatie.
Al Ansari (1996) Canada	PE 1 steekproef verdeeld over 6 behandelprogramma's	retrospectief 2 periodes tijdens opname: de eerste vier weken en de laatste vier weken van opname	60 (36/24)	14.48 12 t/m 18	<i>Jeugdigen zijn opgenomen tussen april 1989 en november 1990 en hebben 8 weken of meer in het gedragsprogramma gezeten. Diagnosen (DSM-III-R) gedragsstoornis (35%), ODD (13%), Aanpassingsstoornis (13%), ADHD (7%), 2 diagnosen (27%) en anders (5%). Gedragsproblemen, waaronder: spijbelen, weglopen, promiscuïteit, agressief 'acting out' gedrag, slechte relaties met leeftijdgenoten, drugsmisbruik en depressie. Bij sommigen herhaalde suicidepogingen en slechte schoolprestaties. Een meerderheid komt uit gebroken gezinnen en leerproblemen. Er zijn geen gegevens over etniciteit.</i>	Kortdurend residentieel programma (10-12 weken) in intramurale adolescenten unit (20 plaatsen voor m en v)	Gedragsmodificatie programma. De unit biedt een schoolprogramma (afgestemd op speciaal onderwijs), recreatie, bezigheidstherapie, beroeps training, activiteiten in vrije tijd en een therapeutisch milieu. Gedrag modificatie programma (niet beschreven) 1) alleen of in combinatie met: 2) individuele psychotherapie 2 x per week, 3) groeps therapie 2x per week, 4) gezinstherapie, 5) chemotherapie of 6) een combinatie van therapieën. Geen theorie vermeld. Duur: 10-12 weken.	- Dossieronderzoek	Functioneren op basis van punten gekregen voor goed gedrag en punten voor ongewenst gedrag tijdens de opname	Het programma is effectief in het verminderen van de frequentie van ongewenst gedrag bij een meerderheid van adolescenten met gedragsproblemen. Verbetering is er vooral bij vrouwelijke adolescenten en adolescenten zonder gedragsstoornis. Een beter resultaat hangt samen met de aanwezigheid van een vader en de afwezigheid van leerproblemen.
Arnold et al. (2003) Amerika	NE Aantal selectiecriteria (leeftijd, intelligentie o.a.)	meerdere: de follow-up is mediaan 8.4 jaar na ontslag (maximum 10.3 jaar). Metingen eerst jaarlijks, daarna om de 8 tot 12 maanden. Tijdens de follow-up vielen er 17 ppn (9%) uit (niet duidelijk of uit het onderzoek of uit de behandeling wordt bedoeld) en waren er 4 ppn gestorven (niet door suicide)	180 (89/91)	14.8 mediaan bij opname	<i>Selectie criteria: tussen 11 en 20 jaar oud, geen mentale retardatie, tenminste 10 dagen opgenomen, geen ernstige lichamelijke ziekte (bijv. diabetes). Verder moesten deelnemers nog op een plek onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis wonen tijdens de eerste fu, mochten ze geen broer/ zus als deelnemer hebben en assessments willen en kunnen voltooien. Diagnosen (DSM-IV): Gedragsstoornis (41%), ODD (15%), affectieve stoornis (54%), angststoornis (16%) en stoornissen m.b.t. middelengebruik (16%). Co-morbiditeit (68%). Er is bij 42% een geschiedenis van suicidepogingen voor opname. Eerdere opnames bij 28% (n=36 (1x), n=9 (2x) en n=5 (3x)). Etniciteit: 80% blank, 17% 'African American' en de rest 'Hispanic', 'Native American' of 'Asian-American heritage'.</i>	Intramurale psychiatrische unit	Ontbreekt	- Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA) tijdens baseline Jeugdigen waarschijnlijk (bron wordt niet vermeld in de studie) - Follow-up information sheet - Dossieronderzoek	Heropname	Bij 44% van de adolescenten is er sprake van één of meer heropnames tijdens de follow-up van 10 jaar. De meeste adolescenten worden binnen 2 jaar na ontslag opnieuw opgenomen. Binnen 6 maanden na ontslag is 19% van de adolescenten heropgenomen. Significante voorspellers van heropname zijn leeftijd en aanwezigheid van een affectieve stoornis: jongere jeugdigen en jeugdigen met affectieve stoornissen hebben meer kans om opnieuw opgenomen te worden.

Asarnow et al. (1996) Amerika	PE	3: opname, ontslag en follow-up (met een interval 2 maand – 3 jaar)	51 (51/0)	12 6.8- 15.8 bij ontslag	<i>Selectie op basis van verblijfsduur (tenminste 64 dagen). De jeugdigen zijn tussen 1990 en 1994 ontslagen naar huis (hun gezinnen). Geïnccludeerd zijn alle jeugdigen die ontslagen zijn na een behandeling van tenminste 64 dagen.</i> Diagnosen (DSM-III-R): Bij allen gedragsstoornissen (criterium voor plaatsing), verder comorbide stemmingsstoornissen (28%) en ADHD (25%). Bij veel jeugdigen is sprake van eerdere uithuisplaatsingen (1.4 gem en range van 0 t/m 7). Opname vanuit ouderlijk huis (49%), 'relatives' huis (8%), pleeghuis (10%), groepstehuis (24%) en psychiatrisch ziekenhuis (10%). Etniciteit: blank (63%), 'African American' (22%) en 'Hispanic' (16%). De voortijdige uitvallers in het centrum (8%) verbleven korter dan 64 dagen. Reden uitval: ontslag door rechter i.v.m. verzorging door andere ouder (4%), sociale diensten i.v.m. verzorging door andere ouder (2%) of verwijdering door een ouder i.v.m. een verhuizing (2%).	Residentieel behandelcentrum	Behandeling in het centrum: gedragstherapie, individuele therapie, groepstherapie en farmacologische therapie (indien geschikt). Cognitief-gedragsmatige theorie met nadruk op sociale vaardigheden en training in zelfcontrole. Duur: verblijf van tenminste 64 dagen. Range verblijfsduur: 4.6 t/m 37.9 maanden (16.7 maanden gemiddeld).	- Global Assessment of Functioning Scale (GAF) bij opname en ontslag Hulpverleners ('clinicians') - Semi-gestructureerd interview bij fu - Primaire verzorgers (meestal de moeder)	Heropname (niet in zelfde instelling), functioneren bij opname en vertrek, functioneren na vertrek op basis van het gebruik van nazorg	Heropname: bij 32% na 1 jaar, 53% na 2 jaar en bij 59% na 3 jaar na vertrek, waarvan 2/3 in minder restrictieve settings (gezinstehuizen of groepstehuizen). De meest voorkomende setting van herplaatsing is een residentieel behandelcentrum (bij 50% van de hergeplaatste jeugdigen). Bij 22,7% van de hergeplaatste jeugdigen is er een heropname in een groepstehuis. Redenen voor heropname: gedrag(stoornissen) (86%), gewelddadig gedrag (41%), spijbelen (18%), vernieling (9%), weglopen (9%) en drugsgebruik (4,5%).
Asarnow et al. (1993) Amerika	NE	Retrospectief 2: nameting en follow-up (tussen 1 en 5 jaar na ontslag)	26 (17/9)	11.28 7.87- 13.47 bij ontslag	<i>Inclusiecriteria: 7- 14 jaar, leefsituatie bij ouders voor opname en IQ >70 (WISC-R).</i> Depressieve jeugdigen: depressie (81%) en/of dysthyme stoornis (19%). Bij veel jeugdigen is er comorbiditeit (77%). Ook gedragsstoornissen of ODD (27%), angststoornissen (31%), ADHD (12%) en restdiagnosen (15%). Bij opname leefde 54% met twee ouders en 46% in een eenoudergezin. Etniciteit: blank (92%), negeroïde (4%) en 'Hispanic' (4%).	Psychiatrisch ziekenhuis	Geen informatie over de inhoud van de behandeling en onderliggende theorie. Verblijfsduur: 92 dagen (gem) en een range van 9-334 dagen.	- Korte Five Minute Speech Sample van Expressed Emotion (FMS-EE) in eerste maand van opname - Ouders of ouderfiguur - K-SADS-E interviews bij intake en follow-up - Jeugdigen, ouders of verzorgers - Diagnostische informatie uit verslagen uit het dossier, bij intake en follow-up - Hulpverleners (clinicians)	Aanwezigheid van relevante symptomen	Bij jeugdigen die terugkeren naar huis waar sprake is van een hoge Expressed Emotion (EE) is er een kleine kans op herstel in het jaar na de opname. Bij jeugdigen die naar huis terugkeren met een lage EE is er een grotere kans op herstel.
Bender & Lösel (1997) Duitsland	PE	2: meetmoment en tijdens een 2-jarige follow-up periode. Momenten van meting worden niet vermeld	100 (66/34)	15.46m 15.65v bij eerste meting 17.42m 17.68v bij tweede meting	<i>De steekproef komt uit 27 residentiële instellingen. Een groep van 146 jeugdigen wordt geselecteerd door gebruik te maken van 'case reports'. Een groep van 11 jeugdigen is gedurende een 2-jarige periode gevolgd. Het zijn adolescenten, waarvan 55% met ernstige gedragsproblemen en 45% met een relatief goede ontwikkeling ondanks een moeilijke gezinsachtergrond (goede versus slechte algemene aanpassing). Verder wordt geen informatie over de adolescenten vermeld.</i>	27 residentiële instellingen	Ontbreekt	- Youth Self-Report (YSR; Duitse versie) van de CBCL - Jeugdigen - Interview en semi-gestructureerd instrument ontwikkeld door de onderzoeksgroep (kort beschreven in de studie) - Jeugdigen	Probleemgedrag (agressief en delinquent gedrag)	Dezelfde factoren kunnen functioneren als risico- en als beschermende factoren. Bij zowel meisjes als jongens verandert de mate van het probleemgedrag niet indien ze zich geïntegreerd voelen in een 'peergroep' en zich goed gesteund voelen. Het niet behoren tot een 'kliek' heeft een meer beschermend effect voor de meer antisociale jongens en meisjes. Sociale 'hulpmiddelen' zijn meer van invloed bij meisjes.
Blader (2004) Amerika	NE	3: 1-jaar follow-up (meetmoment op 3, 6 en 12 maanden na ontslag)	109 (65/35)	9.5 5-12	Diagnosen: stemmingsstoornis (8%), 'disruptive' stoornis (28%), PDD (5%), angststoornis (3%), psychotische stoornis (4%), stemmingsstoornis met 'disruptive' stoornis (35%), angststoornis en disruptieve stoornis (7%) en PDD en disruptieve stoornis (10%). Etniciteit: 36% 'African American', 9% 'Hispanic', 51% blank en 4% anders.	Acute-zorg opname, intramurale psychiatrische zorg met 15 plaatsen	Ontbreekt	- Services Utilization Survey (een telefonisch interview ontwikkeld voor de studie) - Verzorgers - Global Assessment of Functioning (GAF) - Hulpverleners (clinicians) - Interviews met verzorgers en jeugdigen, telefonische interviews en meet schalen van docenten, dossiers - Symptomen: CBCL, New York Parent Rating Scale for Disruptive Behavior en The Children's Depression Inventory - Alabama Parenting Questionnaire (APQ), Parenting Stress Index en Control and Cohesion subscale van de Family Environment Scale	Heropname in een intramuraal psychiatrisch programma	Het (Kaplan-Meier) risico om weer opgenomen te worden voor intramurale psychiatrische behandeling is 0.37. De meeste heropnames (81%) vinden binnen 90 dagen na ontslag plaats. Een groter risico voor heropname hangt samen met ernstigere gedragsproblemen, strenge ouderlijke discipline en een teruggetrokken ouder-kindrelatie.

								Gezin		
*Bleeker (1990) Nederland	QE 2 groepen 'Non-equivalent control groups design', niet willekeurige toewijzing	3: voormeting, nameting en follow-up 3 maanden na het einde van de interventie	69 (45/24) 37e/31c 11e/18c 27e/13c	17.1 17.4r 17.3v	Het onderzoek is uitgevoerd in 2 fasen, waarbij n.a.v. fase 1 aanpassingen zijn gedaan in het programma. Jeugdigen uit orthopedagogische centra en het Voortgezet Speciaal Onderwijs voor Moeilijk Lerende Jeugdigen (VSO-MLK; v groep) zitten in de steekproef. Groepen zijn samengesteld uit jeugdigen die door begeleiders als sociaal onvaardig worden beschouwd. De controlegroep neemt niet deel aan het programma. Selectie criteria: jeugdigen met een IQ tussen de 65 en 95 en een leeftijd onder de 26 jaar. Uiteindelijk blijven 69 jeugdigen over die aan die criteria voldoen. Een deel van de groep (n=29) verblijft in orthopedagogische centra en het andere deel komt uit het onderwijs (n=40). Er is sprake van uitval uit het onderzoek door met name overplaatsing en vertrek. Het gemiddelde IQ (gemeten met de SON-r) van de totale groep is 74.7 en van de residentiële groep 74.2. Verder worden er m.b.t. de jeugdigen geen gegevens vermeld.	Toepassing van een sociaal redzaamheidsprogramma voor zwakbegaafde jongeren bij jeugdigen in residentiële instellingen en jeugdigen uit het VSO-MLK	Naar aanleiding van een voor studie (fase 1) is het programma aangepast (o.a. de opbouw en programma is uitgebreid). De doelstellingen van het programma zijn: vergroting van kennis over sociale vaardigheden, uitbreiding van het gedragsrepertoire van sociale vaardigheden en een vooruitgang in de beleving van het eigen functioneren in sociale situaties. Het bestaat uit de elementen instructie, 'modeling', oefenen, feedback en 'transfer' en is gericht op 9 sociale vaardigheden (o.a. luisteren, kritiek geven en ontvangen). Per vaardigheid zijn er 3 à 4 wekelijkse bijeenkomsten met 5 of 6 jeugdigen per groep. In totaal zijn er 29 bijeenkomsten. Het is gebaseerd op de gestructureerde leertherapie methode (gebaseerd op de sociale leertheorie). Bij jeugdigen in de residentiële centra is er sprake van 2 begeleiders en bij de scholieren 1. De scholieren krijgen het programma in groepen van 10 of meer.	- Kennistoets, Sociale Competentie Vragenlijst (SKV), Sociale Angst Schaal voor Kinderen (SAS-K), Sociale Competentie Beoordelingslijst (SKB) en Sociale Vaardigheden Vragenlijst (SOCVAR) bij voormeting, nameting en follow-up Jeugdigen - Sociale Competentie Beoordelingslijst (SKB) Begeleiders - Interview Belangrijke anderen en jeugdigen	Kennis over sociale vaardigheden, beleving in sociale situaties en het repertoire van sociale vaardigheden	Het is niet gelukt om bij alle jeugdigen het hele programma uit te voeren door organisatorische problemen binnen de instellingen. De VSO-MLK scholieren hebben gemiddeld minder vaardigheden gevolgd dan de jeugdigen uit residentiële instellingen. Jeugdigen die het programma in residentiële instellingen hebben doorlopen vertonen een verbetering in kennis over sociale vaardigheden van de voormeting tot de nameting en fu. Meer dan een derde (37%) vertoont een gedragsmatige verbetering. Wat betreft de beleving is er bij de jeugdigen die het programma gevolgd hebben en in residentiële instellingen verblijven een sterke vooruitgang (64%) in vergelijking met jeugdigen die het niet gevolgd hebben en in residentiële instellingen verblijven (39%). Met name oudere jeugdigen uit residentiële instellingen passen de geleerde vaardigheden in de praktijk toe.
Boendermaker (1998) Nederland	PE	2: bij opname (op basis van ander onderzoek) en follow-up na gemiddeld 15 maanden na vertrek met een range van 10 tot 30 maanden	161 (116/45) 131 (X/X) met voor- en nameting op Y(A)SR	18 13 t/m 23	De populatie bestaat aanvankelijk uit 383 jeugdigen die in 1993 zijn opgenomen in justitiële behandelinrichtingen. Van die groep verblijven 17 jeugdigen slechts kort in een inrichting en die groep is uitgesloten. Een groep van 49 verblijft nog in dezelfde inrichting. Zodoende is een groep van 317 jeugdigen in de periode 1993 t/m 1996 gevraagd om mee te doen met een interview. Van die groep is 51% geïnterviewd. Van de 161 jeugdigen woont 35% in een residentiële instelling en 65% thuis of zelfstandig, iets meer dan de helft is Nederlands (57%), 13% is Marokkaans, 12% Surinaams/Antilliaans, 9% is Turks en 9% heeft een andere etniciteit. Een meerderheid (66%) komt uit een open inrichting, de rest (34%) uit een gesloten inrichting. Ook heeft een meerderheid (80%) een civiele maatregel, de rest (20%) een strafrechtelijke maatregel. Bij 34% is er sprake van een niet-regulier vertrek: Een kwart van de jeugdigen valt binnen een half jaar voortijdig uit door wegllopen of wegblijven na verlof en 8% is overgeplaatst. Voortijdige vertrekkers komen uit zowel gesloten als open inrichtingen. Er is sprake van regulier vertrek bij jeugdigen met vertrek volgens plan (51%) en jeugdigen waarbij de opgelegde maatregel is afgelopen (15%). De groep jeugdigen die uit het onderzoek vallen (drop-outs) wordt ook besproken.	12 justitiële behandelinrichtingen	Verschiede theoretische concepten worden gebruikt als uitgangspunt van het behandelingsprogramma.	- YSR en YASR bij opname en na vertrek, Interviewlijst, Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) en WODC self-report delictlijst na vertrek Jeugdigen - Politieregistratie Herkenningsdienst van de politie (HKS, delicten)	Recidive (het plegen van delicten op basis van zelfrapportage en officiële cijfers), de situatie na vertrek, de verandering in problematiek	Jeugdigen zijn gemiddeld vooruit gegaan vanaf plaatsing tot een jaar na vertrek. De groep die zelf ernstige problemen rapporteert, is sterk afgenomen. Een kwart van de groep blijkt, op basis van delictregistratie van de politie, te recidiveren en 5% begint er juist na vertrek mee. Een derde (34%) van de jeugdigen staat na een jaar geregistreerd bij de politie. In 40% van de gevallen is er geen sprake van recidive en in 30% van de gevallen zijn er voor en na opname geen delicten bekend. Van invloed op de vooruitgang zijn de duur van het verblijf (langer dan drie maanden levert meer resultaat dan minder dan drie maanden) en de reden van vertrek (voortijdige vertrekkers doen het gemiddeld slechter na vertrek, hebben ernstiger problematiek en plegen meer delicten na vertrek). Een derde van de jeugdigen verblijft een jaar na vertrek bij (één van) beide ouders, een derde verblijft opnieuw in een residentiële setting, een kwart woont zelfstandig en de rest verblijft bij familie, vrienden of kennissen. Jeugdigen die niet-regulier vertrekken (34%) en wat jonger zijn bij vertrek uit de behandelinrichting zijn bijna allemaal weer terechtgekomen in een residentiële instelling. Het grootste deel van de voortijdige vertrekkers verblijft na een jaar weer in een justitiële jeugdinrichting in verband met delicten.
Boon & Colijn (2001) Nederland	PE	3: bij opname, ontslag en na 3 tot 12 maanden (follow-up)	230 met behandelresultaten 285 (108/177)	15.6 12 t/m 19 bij opname	De steekproef bestaat uit alle jeugdigen die gedurende 1 september 1989 en 31 augustus 1995 zijn opgenomen in de kliniek. Een groep van 285 jeugdigen is in die periode opgenomen. Hoofddiagnosen: gedrag- (20%) en stemmingsstoornissen (19%), psychotische stoornissen (17%) persoonlijkheid- (6%), angst- (5%) en eetstoornissen (4%). Een meerderheid (73%) is in Nederlandse geboren en van Nederlandse afkomst, 12% is in Nederland geboren en heeft geen ouders van Nederlandse afkomst en 15% van de jeugdigen is niet Nederlands. In het proefschrift worden nog meer gegevens genoemd. Het percentage gemiste gegevens (door: vroeg vertrek of niet kunnen/willen van de jeugdige) is twee keer zo hoog voor acute opnames als voor reguliere opnames.	Jeugdpsychiatrisch e kliniek, een gesloten unit met 6 plaatsen en 2 open units met 8 en 18 plaatsen	Ongeveer 20% van de jeugdigen brengt het gehele verblijf in een gesloten unit door, 25% in een unit voor observatie en kortdurende behandeling en 40% krijgt langer durende behandeling. Een meerderheid van de jeugdigen (59%) ontvangt kortdurende behandeling. Er is een breed aanbod van behandelingsmogelijkheden: psycho-educatie, farmacotherapie, individuele psychotherapie, groepstherapie, gezinsbegeleiding en milieu therapie. Ook is er onderwijs (1 tot 3,5 dagen per week). Behandelfilosofie is gebaseerd op het bio-psychosociale model en het behandelplan is 'eclectisch'. De gemiddelde verblijfsduur is 202 dagen (1 tot 877 dagen).	- SCL-90 bij intake, opname en ontslag, Loneliness Scale (LS) bij opname en ontslag, Nijmeegse Motivatie Lijst (NML) bij opname, Target Complaints List (behandeldoelenlijst) bij opname en ontslag, Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) bij ontslag Jeugdigen	Symptoom-reductie en vermindering van eenzaamheid, tevredenheid over behandeling en realisatie van behandeldoelen	Er is sprake van een groep voortijdige vertrekkers (35%) die zij verder niet allemaal opnemen in de analyse van de behandelresultaten. Bij de overige patiënten zijn er duidelijke behandelresultaten. Er is een statistisch significante symptoomreductie. De patiënten zijn ook minder eenzaam bij ontslag. Drie kwart van de patiënten toont verbetering op de behandeldoelen en 64% is tevreden met de behandeling. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben de laagste tevredenheidsscores. Tevredenheid over behandeling lijkt vooral beïnvloed te worden door de manier waarop de behandeling beëindigd wordt.
Bradley & Clark (1993) Canada	NE	1: follow-up gemiddeld 11.5	42 (24/18)	12.1 4.6 t/m 16.6	Diagnosen (DSM-IIIR): gedragsstoornis (33%), aanpassingsstoornis met depressieve stemmingen (12%), met mix van emotionele en gedragsproble-	Intramurale kinderspsychiatrische unit met 10	De unit is gericht op acute zorg of crisisopnamen. De doelen van de unit zijn diagnostiek, crisis interventie en	- Vragenlijst ontwikkeld voor de studie Ouders en verwijzers	Tevredenheid van ouders en verwijzers	Jeugdigen die toegelaten worden vormen een heterogene groep met ernstige problemen uit gezinnen met een aantal problemen. De meeste

		maanden na ontslag (range 4.1 t/m 17.7 maanden)			men (10%), met gedragsproblemen (7%), met angst (5%), oppositionele stoornis (24%), anorexia (14%), depressie (7%), pervasieve ontwikkelingsstoornis (7%), boulimia (5%), fobische stoornis (5%), PTSS (5%), dysthymie (2%), conversie stoornis (2%), separatie angst (2%) en organische hersensyndroom (2%). En deel van de groep jeugdigen (n=22) heeft een gemiddeld IQ van 83 (net onder de grens van normale begaafdheid) met een range van 40 t/m 112. Er is gemiddeld sprake van 3 kinderen thuis en 1 eerdere uithuisplaatsing in een pleegzorg of in permanente vorm. Het maximale aantal uithuisplaatsingen is 9. De jeugdigen hebben gemiddeld 2 therapeuten gehad voor de opname en een eerdere therapieduur meegemaakt van gemiddeld 9 maanden. Een groot deel (76%) komt uit een twee ouder gezin en 24% uit een één ouder gezin. Er bij een klein deel sprake van seksueel (21%) of fysiek (18%) misbruik. Bij 75% is er in de naaste familie sprake van een mentale ziekte en in 43% een chronische psychische ziekte. Er worden geen gegevens over etniciteit vermeld.	plaatsen	voorbereiding op extramuraal of residentiële behandeling. Het bestaat uit een intensieve, korte periode van gecoördineerde therapie en rehabilitatie. De zorg is het meest geschikt voor jeugdigen tussen 2 en 17 jaar. De behandeling kan bestaan uit individuele, groep- en/of gezinsgerichte interventies. Soms wordt medicatie toegepast. De meeste jeugdigen krijgen onderwijs in kleine groepen of individueel voor 1 of 2 uur per dag.		ouders (81%) en verwijzende therapeuten (85%) zijn tevreden over de behandeling. Bijna alle ouders noemen dat er tijdens de behandeling bepaalde problemen thuis (bijvoorbeeld gedrag bij de ouders) moeten worden aangepakt (97%). Ongeveer de helft (56%) noemt schoolgerelateerde problemen en slechts 23% van de gezinnen noemt problemen in de maatschappij als belangrijk speerpunt in de behandeling. Ouders die het idee hebben dat de behandeling gericht is op de moeilijkheden thuis zijn significant meer tevreden over de behandeling. Een klein deel van de ouders (17%) is erg ontevreden. Zij hebben het idee dat de behandeling niet gericht is geweest op de problemen thuis en ze geen nieuwe strategieën hebben geleerd voor de aanpak thuis. Het meest behulpzaam wordt oudertraining gevonden (29%), gevolgd door steun en consistentie van de hulpverleners en het behandelteam (26%), onderwijsgerichte en therapeutische sessie met de psychiaters (12%) en gezinstherapie (10%).	
Bredel et al. (2004) Duitsland	PE	2: opname en ontslag	95 (50/45)	13.5 4 t/m 19	De doelgroep wordt gevormd door jeugdigen van 4 tot 18 jaar. <i>Uitgesloten worden jeugdigen met zeer korte opnameduur (< 2 weken) en jeugdigen die alleen voor diagnostiek of beoordeling opgenomen zijn.</i> Diagnosen: Gedrag- en emotionele stoornissen (39%), neurotische, belastings- en somatoforme stoornissen (16%), affectieve stoornissen (13%), schizofrenie, schizotypische stoornissen en stoornissen met wanen (12%), eetstoornissen (12%), persoonlijkheid- en gedragsstoornissen (3%), organische ziekte met aanpassingsstoornissen (3%), ontwikkelingsstoornissen (2%) en zwakbegaafd met een gedragsstoornis (1%). Internaliserende stoornissen komen meer voor (73%) dan externaliserende stoornissen (41%). Bijna de helft (47%) komt niet uit een 'compleet' gezin.	Intramurale afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	De behandeling is integratieve therapie. Psychotherapeutische, sociotherapeutische en psychofarmacologische behandeling: psychotherapie, gedragstherapie, gezinstherapie en -overleg, muziektherapie, ergotherapie en algemene ontwikkelingsbevorderende maatregelen. De jeugdigen en hun gezin worden door 4 therapeuten behandeld, waarbij 84 jeugdigen door 3 artsen en 11 jeugdigen door een psychotherapeut.	-CBCL, YSR bij opname Jeugdigen en ouders -Interviews bij opname en vertrek m.b.t. subjectieve inschattingen van functioneren Items m.b.t. behandelingsucces, tevredenheid en behandelervaring Jeugdigen, ouders en hulpverleners	Behandelsucces, ervaring van de behandeling en tevredenheid met de behandeling bij jeugdigen, ouders en therapeuten	De oordelen van ouders, jeugdigen en hulpverleners met betrekking tot de behandeling zijn over het algemeen positief. Ouders en jeugdigen vinden dat het gehele probleem vooral wordt gekenmerkt door een positieve verandering in de emotionele aard. Jeugdigen en ouders stelden het therapeutische klimaat en organisatie erg op prijs en jeugdigen, ouders en hulpverleners zijn erg tevreden over de intramuraal behandeling. De tevredenheid van hulpverleners is over het algemeen minder groot dan die van ouders en jeugdigen. Er zijn positieve verbanden tussen de mate van succes, ervaring van behandeling en tevredenheid over de behandeling. De probleem-belasting van ouders is ondanks een afname bij ontslag nog hoog (bij 54%). Van de jeugdigen geeft 22% aan de probleembelasting als groot te ervaren. Speciale aandacht van hulpverleners moet volgens de auteurs uit gaan naar de druk op de ouders.
Brent et al. (1993) Amerika	PE	2: binnen 2 weken na opname en follow-up 6 maanden na de voormeting, gemiddeld 6.7 maanden later met een range van 4.2 tot 14.6 maanden	134 (84/50) 27/21g1 15/18g2 42/11g3	16.9 gr 1 en 2 16.7 gr 3	<i>Inclusie criteria: 13 t/m 18 jaar en IQ gelijk of groter dan 70. Exclusie: medische ziekte, eetstoornissen, organische psychiatrische ziekten en zwangerschap.</i> Drie groepen: een groep met 1) suïcide poging(en) (n=48), 2) met suïcidale gedachten (n=33) en een groep 3) zonder aanwijzingen voor suïcidaliteit (n=53). Diagnosen worden per groep weergegeven. Met name depressie, middelenmisbruik en gedragsstoornissen komen in de groepen voor (% staan per groep vermeld in de studie). Van groep 1 is 79% blank, groep 2 78% en van groep 3 84%. Van de totale populatie is 81% blank.	Intramurale unit	Ontbreekt	- Interviews, K-SADS-E/P, Suicide Circumstances Schedule (SCS) Jeugdigen en ouders	Suïcidale gedachten of gedrag	Er is bij 9,7% sprake van een suïcide poging gedurende de periode na ontslag. Hiervan heeft een meerderheid (92,3%) in het ziekenhuis al een poging gedaan. Risicofactoren voor suïcidaal gedrag zijn: depressie bij opname, affectieve stoornis met niet-affectieve co-morbiditeit, een depressieve stoornis die blijvend is gedurende de periode na ontslag, de dood van een naaste en financiële problemen in het gezin.
Brown et al. (1998) Engeland	NE	Follow-up gedurende 1 jaar	65 (40/25)	Onder 10 (17%) 10 t/m 15 (77%) 16 en ouder (6%)	Elk thuis is een jaar lang bestudeerd. Vóór de opname heeft 40% van de 78 jeugdigen al eerder hulpverlening gehad in de vorm van residentiële zorg, pleegzorg of beide. Van de 65 jeugdigen die zijn opgenomen heeft slechts 20% duidelijk gedefinieerde behoeften. Drie kwart (77%) heeft bij opname schoolproblemen. Een klein deel van de jeugdigen (28%) begrijpt goed waarvoor hij of zij is opgenomen en ziet ook een meerwaarde in de plaatsing. Slechts 38% van de jeugdigen heeft een idee over de tijdsduur van de plaatsing. Etniciteit: 23% komt uit een etnische minderheidsgroep: 'Afro Caribbean' (9%), Aziatisch (6%) of gemengd (8%). Een meerderheid (58%) is vrijwillig opgenomen, 3% zit in voorarrest en 38% is opgenomen met een rechterlijke machtiging. 29% is een crisisonopname, 69% heeft een voortijdig vertrek meegemaakt en 10% zit gedurende het grootste deel van het leven in de zorg.	9 tehuizen	In één van de tehuizen verblijven alleen meisjes. De 9 tehuizen worden één voor één besproken. Voor een beschrijving van de prestatie van de tehuizen zijn gegevens over 43 indicatoren verzameld. Ze vinden dat 20 factoren indicatoren zijn van een 'goed thuis', waarvan 12 met een beste 'fit'.	X	Situatie na vertrek, bij een klein deel van de groep: 7 dimensies van ontwikkeling: gezondheid, onderwijs, emotionele en gedragsmatige ontwikkeling, familiale en sociale relaties, zelfverzorging en competentie, identiteit en sociale presentatie	Bij 60% van de jeugdigen is er een gebrek aan coherentie of samenhang bij het vertrek. Bij 17% wordt de behandeling voortijdig afgebroken. Bij een klein deel van de jeugdigen (n=2 per thuis) wordt de ontwikkeling tijdens het verblijf in kaart gebracht en gekoppeld aan 3 goede tehuizen, 3 middelmatige en 3 slechte tehuizen (op basis van kwaliteitscriteria ingedeeld). Bij een goed thuis blijken jeugdigen zich beter te ontwikkelen dan in een minder goed thuis.

Bruil & Mesman Schultz (1991) Nederland	PE	2: opname en follow-up (4-18 maanden na vertrek). De exitlijst wordt genoemd, maar gegevens m.b.t. ontslag komen niet naar voren en met exacte meetmoment bij ontslag wordt niet aangegeven. Alleen follow-up gegevens worden besproken	25 (X/X) met fu 54 (39/15) bij aanvang	ouder dan 6 jaar	Populatie beschrijving van 54 jeugdigen, waarvan 9 baby's en kleuters, 22 basisschoolkinderen en 23 adolescenten. Er is bij een meerderheid is sprake van onmachtige ouders (87%), gedragsproblemen thuis (85%), onredelijke opstandigheid (74%), gedragsproblemen op school (66%), openlijke conflicten in het gezin (65%), extreme recalcitrantie (59%) en heftige driftbuieni 'acting out' gedrag (56%). Een meerderheid (63%) komt bij opname niet direct uit een gezinssituatie, 37% wel. Minder dan de helft (39%) heeft een niet-Nederlands achtergrond, waarvan 29% Surinaams en 19% Antilliaanse.	(semi-) residentiële settings: Normalisatie gezinshuizen (± 6 plaatsen, vorm van pleegzorg), therapeutische gezinshuizen (6 plaatsen) en adolescentenprojecten (4/5 plaatsen)	De hulpvormen van de Stichting Kleinschalige Jeugdhulpverlening zijn gericht op een zo kort mogelijke geïntensiveerde dagbehandeling. De verschillende behandelsettings worden kort beschreven (p.12-13). Organisatorische en methodische aspecten zijn met de COM-procedure gemeten. Theorie: Browndale filosofie. Gemiddelde verblijfsduur in behandelingtehuizen is 15 maanden. Van de fu groep is 1 jeugdige in een normalisatie gezinshuis opgenomen, 16 in therapeutische gezinshuizen en 8 jeugdigen in een adolescentenproject. Gemiddelde verblijfsduur jeugdigen: normalisatie gezinshuis 2 jaar, therapeutische gezinshuizen 20 maanden en adolescentenprojecten 8 maanden.	- COM-UV Hulpverleners (begeleiders)	Aanpassing van jeugdigen na vertrek, stabiliteit van de verblijfplaats en de relatie met anderen na vertrek	Bijna een derde (32%) van de jeugdigen is er tijdens het verblijf op vooruitgegaan. Voor ongeveer de helft zijn de relaties in het gezin gunstig. Ook is er bij ongeveer de helft sprake van een (tamelijk) goede aanpassing aan het gezin gedurende de laatste twee maanden. De situatie van jeugdigen in een tehuis en van jeugdigen die zelfstandig wonen na vertrek is minder gunstig dan jeugdigen in een (pleeg)gezin. Jeugdigen in een tehuis kunnen zich minder goed aanpassen aan de situatie in het tehuis.
Bruinsma & Boon (2001) Nederland	PE	4: opname, tijdens opname, ontslag en follow-up (1 jaar na ontslag met gem 13 mnd, range van 12 tot 18 mnd). De SCL-90 is 5 keer afgenomen (ook tijdens 2 ^e intake). Bij opname zijn er 85 jeugdigen, bij ontslag 66 en bij fu 34	34 met fu (72/13) 85 bij opname	17.8 (m) en 17.5 (v) 15 t/m 20 bij opname	<i>Selectie van ppn op basis van hulpverlening-geschiedenis, intelligentie, motivatie en verslaving. Contra-indicaties van de kliniek zijn: intelligentie beneden zwakbegaafd niveau, primaire verslaving aan alcohol en/of drugs en volledige afwezigheid van motivatie voor behandeling.</i> Er wordt een populatiebeschrijving gegeven van de 85 jongeren bij opname. Meest voorkomende hoofddiagnosen (DSM-IV): gedragsstoornis (53%), stemmingsstoornis (12%), aandachtstekortstoornis (9%) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (9%). Meest voorkomende in totaal: gedragsstoornis (79%), relatieproblemen ouder-kind (47%), stemmingsstoornis (21%) en stoornis in cannabisgebruik (21%). Persoonlijkheidsstoornis NAO (44%) en uitgestelde diagnose (35%). Er moet sprake zijn geweest van eerdere hulpverlening of opnamen. Er is bij 94,1% sprake van een eerdere opname, waarvan 33% 1 keer, 19% 2 keer, 23% 3 keer en 26% 4 keer of vaker is opgenomen. Meisjes hebben gemiddeld 4.3 opnamen gehad van gem 25.9 mnd en jongens: gem 2.4 opnamen van gem 13.9 mnd. Verwijzers zijn de psychiatrie (55%), jeugdhulpverlening (28%), justitiële instellingen (14%) en anders (2%). De verblijfplaats voor opname is in de psychiatrie (41%), thuis bij (pleeg)ouders(s) (28%), justitiële instellingen (25%), jeugdhulpverlening (2%) en overig (4%). De meesten (78%) verblijven vrijwillig (WGBO en BOPZ). Ook is er sprake van o.a. delictgedrag (zie studie). Etniciteit: Nederlands (77%), 1 ^e generatie (6%), 2 ^e gen (13%) en buitenlandse adoptie (4%). De groep voortijdige vertrekkers worden apart beschreven (zie de studie).	Kliniek De Fjord (24 plaatsen), 2 gesloten units en een open unit	Intensieve behandeling aan jongeren van 16 tot en met 21 jaar. Eén gesloten unit richt zich op de behandeling van psychotische problematiek en de andere op persoonlijkheidsproblematiek, ADHD of pervasieve stoornissen. Een gestructureerd dagprogramma wordt geboden aan alle jongeren. Leefgroepen vormen de basis van de behandeling (zie ook de studie voor taken van de groepsleiding). Iedere jeugdige heeft een behandelplan. Behandeling bestaat verder uit: medicatie (indien nodig), onderwijs (ca. 15 uur per week), therapieën (beeldend, drama, beweging, sociale vaardigheidstraining en cognitieve training) en een cursorisch aanbod op indicatie (bijv. Anger Control training). Er is wekelijks een gesprek met de individuele behandelaar en maandelijks zijn er gezinsgesprekken. Ouders worden betrokken bij de behandeling. De behandeling is voornamelijk gebaseerd op het sociale competentiemodel. Behandeldoelen zijn vaak gericht op een vermindering van psychopathologie, het bevorderen van de ontwikkeling en een voorbereiding op een toekomst na het verlaten van de instelling. Duur 12 tot 24 maanden. Gemiddelde verblijfsduur in de kliniek is 453 dagen (ruim 14 maanden).	-SCL-90 bij 2 ^e intake en 4 meetmomenten, Behandeldoelentest (BDL), YASR en Prestatie Motivatie Test (PMT) bij opname, ontslag en fu, Inputlijst bij opname, Outputlijst, Follow-up lijst en Tevredenheidslijst bij ontslag en fu Jeugdigen -Inputlijst, opnamedoelen bij opname en evaluatie doelen tijdens en na behandeling Behandelaar -Jongeren Informatie Lijst bij opname Verwijzer -Tevredenheidslijst ouders bij ontslag Ouders	Doelrealisatie, omgang met problemen, aanwezige klachten van jeugdigen, tevredenheid (van jeugdigen en ouders), recidive en heropname	Volgens de behandelaars worden de opnamedoelen over het algemeen redelijk tot goed gerealiseerd. De behandelaars geven aan dat bij 74% van de jeugdigen de doelen zijn gerealiseerd. De beste resultaten worden behaald bij de behandeldoelen: diagnostiek, voorbereiding op de toekomst en acceptatie van de stoornis. Volgens de behandelaars wordt bij 67% van de jeugdigen de behandeldoelen bereikt. Behandelaars geven slechts zelden aan dat de doelen die ze hebben opgesteld helemaal gerealiseerd zijn. De jeugdigen die volgens plan met ontslag gaan, hebben een significant hogere realisatiescore van opnamedoelen dan jeugdigen waarbij het ontslag niet volgens plan is. Bij 19% van de jeugdigen is de behandeling voortijdig beëindigd (jeugdige is weggestuurd) en 15% van de jeugdigen verliet de kliniek tegen advies in (bijvoorbeeld door weg te lopen). Er is van opname tot ontslag sprake van een klachtenreductie en een significante reductie in probleemgedrag bij de jeugdigen. Iets meer dan de helft van de jeugdigen (54%) is min of meer tot zeer tevreden en een meerderheid van de ouders (82%) is min of meer tot zeer tevreden over de behandeling. Gedurende een jaar na ontslag is er bij meer dan de helft (56%) van 34 jeugdigen geen opname geweest in een instelling en is een groot deel niet in aanraking gekomen met de politie. 79% heeft geen of slechts kleine delicten gepleegd. Een jaar na ontslag zijn de resultaten zijn over het algemeen gunstig.
Bullis et al. (2002) Amerika	PE	2: follow-up momenten 6 en 12 maanden na ontslag	284 met 2 fu's 531 (442/85) bij aanvang	16 mediaan bij ontslag	<i>Jeugdigen die een TRACS project hebben doorlopen en terugkeren in de maatschappij (N=531).</i> Van de groep van 531 jeugdigen is 39% beschuldigd met betrekking tot eigendommen ('property'), 32% m.b.t. personen en objecten en 29% m.b.t. objecten. Bij een meerderheid (58%) is er sprake van leerproblemen. Een groot deel (80%) is blank. Iets meer dan de helft is ouder dan 16 jaar bij vertrek (53%). Er worden geen stoornissen vermeld.	Justitiële instellingen (2 'correctional programs') en kampen (3 'correctional camps': kleinere groepen)	De studie bevat een korte beschrijving van de settings.	-Interviews bij beide fu's Jeugdigen en gezinsleden -Info uit dossiers Personeel -Database met juridische info	Mate van betrokkenheid ('engagement') in de samenleving na ontslag, heropname	Ongeveer 40% komt weer in aanraking met justitie binnen 12 maanden na ontslag. Binnen 6 maanden na ontslag is 47% weer betrokken wat betreft werk of school en 31% na 12 maanden.
Bullock et al. (1998) Engeland	NE	1: follow-up tot 2 jaar na vertrek. Gedeeltelijk retrospectief (n=102) en prospectief (n=102). Van de 102 prospectief gevolgde jeugdigen zijn er 56 vanaf	204 (155/49)	15.7 15.7j 15.9m bij opname	<i>Exclusie: jeugdigen die gediagnosticeerd zijn als 'mentally ill' en die moeilijk te plaatsen zijn, maar niet in een gesloten setting hoeven te verblijven. Negen inclusiecriteria (p.21), waaronder: alle andere vormen van interventie zijn geprobeerd of ongeschikt en de jeugdige heeft tenminste 2 keer een voortijdig vertrek meegemaakt. 117 van de aanvankelijk 330 jeugdigen voldoen aan de criteria.</i> Een groep van 204 jeugdigen wordt beschreven. Etniciteit: 22% is een etnische minderheid (m.u.v. Ieren), met name 'Afro Caribbean' (45%, n=20). Veel jeugdigen zijn extreem gevaarlijk en diverse problemen: delinquent, 'disruptive', agressief, weggelopen en seksuele problematiek. Bij	Gesloten behandelinstellingen, waaronder Youth Treatment Centres (YTC's), 4 gesloten afdelingen, justitiële jeugdinrichtingen en afdelingen van de ggz	Een belangrijke focus is antisociaal gedrag van de jeugdigen. Binnen het programma wordt ook veel aandacht geschonken aan het gezin van de jeugdigen. Behandeling bestaat uit: individuele psychotherapie (73%), psychotherapie gericht op het gezin (36%), medische interventie (13%), opleiding/beroepsgerichte behandeling (70%), veiligheid (16%), teruggeven van de leefsituatie (45%), praktisch werk met het gezin (80%), sociale vaardigheidstraining (89%), behandeling van het delict (70%), drugs/alcohol therapie (25%), stresstherapie	- Dossiers van de jeugdigen	Plegen van een delict (recidive) op basis van veroordeling en zelfrapportage, herstel van gezinsbetrekkingen, goed aangepast zijn t.a.v. sociale normen 2 jaar na vertrek en de leefsituatie na vertrek	Twee jaar na vertrek woont 30% van de jeugdigen bij de ouders en/of familie en 30% zelfstandig. De rest verblijft in een gevangenis (23%), een psychiatrische inrichting (6%) of is weer opgenomen in een residentiële instelling (6%). Bij het gezin blijken er bij 65% problemen te blijven bestaan. Binnen twee jaar na vertrek wordt 10% van de jeugdigen zelf vader of moeder. Een meerderheid vertoont geen gezondheidsproblemen. Na vertrek neemt 30% deel aan een bepaalde vorm van onderwijs en een groot deel werkt niet. Binnen twee jaar na vertrek wordt 50% opnieuw veroordeeld. Daarnaast

		binnenkomst en 46 vanaf vertrek gevolgd			opname is 43% veroordeeld op drie of meer momenten (persistente delinquenten). In totaal is 90% van de groep veroordeeld vóór de opname. 58% woont bij het gezin in het jaar voor de opname. Vlak voor opname woont 1 jeugdige bij familie, 45% zit dan al opgesloten. Bij 28% wonen de biologische ouders nog samen en 9% is thuisloos. Een derde (31%) kan niet terug naar huis, althans niet in de nabije toekomst. Gezinsconflicten komen veel voor (bij 61% van 185 jeugdigen). Bij 55% is er een emotionele stoornis. Bij een derde (31%) wordt aangegeven dat er een lage intelligentie is bij 21% leerproblemen. Bij 36% is er een onregelmatige schoolgang geweest en 46% is wel eens geschorst geweest.		(55%) en culturele stimulatie van interesses (85%).			pleegt 15% delicten die niet door de politie zijn opgespoord. Deze delicten zijn over het algemeen minder ernstig dan de delicten die voor de opname zijn gepleegd. Bij de 56 prospectief gevolgde jeugdigen blijkt het voor een groot deel (79%) redelijk goed te voorspellen hoe de 'career route' verloopt. Bij die groep blijkt met name sociale vaardigheidstraining, culturele stimulatie, praktische werk met het gezin, individuele psychotherapie en delicttraining plaats te vinden. Een klein aantal (7%) van de 56 jeugdigen vertrekt voortijdig en daarbij helpt de behandeling niet.
Chamberlain & Reid (1998) Amerika	QE 2 groepen: 1 groepszorg (g groep) en 1 pleegzorg groep (p groep) met willekeurige toewijzing aan de groepen	Opzet van de studie wordt niet duidelijk vermeld. Tenminste 4 metingen: 1 jarige periode voor opname en 1 jarige periode na ontslag, 6 en 12 maanden 'postbaseline' (moment van verwijzing). Verschillende metingen op verschillende momenten (gedeeltelijk retrospectief)	79 (79/0) 42g 37p	14.9 12-17 bij opname in de studie (verwijzing) 15.1g 14.8p tijdens verwijzing	<i>Een groep die chronisch delinquent is en die verwijzen is voor een plaatsing door justitie gedurende een 4-jarige periode. De groep bestaat aanvankelijk uit 85 jeugdigen en zij worden willekeurig toegewezen aan de 2 behandelcondities. Van elke groep geven 3 ouders geen toestemming, resulterend in een groep van 79. Er is bij de 79 jongens sprake van gemiddeld 14 eerdere criminele verwijzingen. In beide groepen is er sprake van gemiddeld 4 eerdere criminele activiteiten. Alle jongens hebben eerder gevangen gezeten met een gemiddelde duur van 76 dagen en hebben tenminste een eerdere uithuisplaatsing meegemaakt. Eén eerdere uithuisplaatsing is er bij 70% en bij de rest tenminste 2 uithuisplaatsingen. Een groot deel is (85%) blank, 6% is negroïde, 3% is 'native american' en 6% is 'hispanic'. Risicofactoren zijn bij beide groepen in kaart gebracht. Zo is er bij een groot deel (in de g groep en m groep) sprake van weglopen uit de plaatsingssetting (resp. 78 en 75%), chronisch spijbelen (resp. 69 en 61%) en een één ouder gezin (resp. 54 en 59%). Er worden tussen de groepen geen significante verschillen gevonden.</i>	Groepszorg in 11 settings en therapeutische pleegzorg (Multidimensional Treatment Foster Care - MTFC)	Voor de pleegzorg zijn gezinnen in eerste instantie geselecteerd op basis van hun ervaring met adolescenten en de wil om als hulpverleners te functioneren. Bij MTFC is voortdurend is sprake van supervisie. Globaal bestaat MTFC uit wekelijkse individuele therapie gericht op vaardigheden als probleem oplossen, sociaal perspectief nemen en niet-agressieve methoden van zelf expressie. Het gezin van de jongens neemt deel aan wekelijkse gezinstherapie gericht op parent management training. Jongens nemen deel aan scholen in de samenleving. Er zijn strenge regels waarbij lichte en zwaardere straffen gelden. De groepstherapie bestaat uit groepen van 6 tot 15 jeugdigen in verschillende settings (N=11). Variaties van de 'positive peer culture' benadering worden het vaakst (bij 66%) gebruikt (interventie waarbij gebruik wordt gemaakt van de 'peer group'). Ook zijn er benaderingen sociaal en cognitief (5%), eclecticisch en gedragsmanagement (5%) en realiteitstherapie (24%). Er is sprake van individuele therapie (bij 76%), groepstherapie (77%) en gezinstherapie (55%) met elk een verschillende intensiteit. De meeste jongens gaan naar intramurale scholen (83%).	- Elliott Behavior Checklist (EBC) (Zelfgerapporteerde delinquentie) gemeten na 6 en 12 maanden na 'baseline' Jeugdigen - Interviews groepsleiding of pleegouders - Gegevens over de 'criminal referral' (alle delicten van de jeugdigen) over 1 jaar voor de 'baseline' en vanaf plaatsing tot 1 jaar na het programma - Rapporten van de reclassering elke 2 maanden	Criminele en delinquentie activiteiten (op basis van zelfrapportage en officiële cijfers) tot 1 jaar na ontslag, programma voltooiing en weglopen van de plaatsing, hereniging met het gezin	Jongens in pleegzorg lopen minder vaak weg dan jeugdigen in groepszorg en een groter deel van de jongens in pleegzorg voltooit het programma. Een meerderheid van de jongens in groepszorg voltooit het programma niet (64%). Jongens in de pleegzorg programma's spenderen bijna 2 keer zoveel tijd bij ouders of familie tijdens de 12 maanden na de plaatsing dan jongens in de groepszorg. Jongens in de pleegzorg vertonen een grotere afname in officiële criminaliteitscijfers dan jeugdigen in groepszorg.
Collins et al. (2001) Amerika	NE Retrospectief	1 follow-up meting	1550 (1550/0)	15.6	<i>5 cohorten van mannen die uit een residentiële setting geplaatst zijn. Iets meer dan de helft (58%) is negroïde, 37% is blank, 3% is Hispanic en de rest is Native American, Asian of van een andere afkomst. Een groot deel is er geplaatst wegens delinquent gedrag (82%), 13% voor 'dependency', 3% voor overtredingen, 2% voor misbruik en 1% voor ongespecificeerde redenen. In 29% van de gevallen zijn de ouders getrouwd. Een meerderheid (62%) komt uit een residentieel programma en 38% uit groepstehuizen. Er is bij 22% sprake van 3 of meer criminele daden, bij 26% 2 of meer eerdere verblijven in betreffende instelling en bij 44% 3 of meer toewijzingen. De redenen voor uitplaatsing zijn bij 57% positief (succesvolle afronding bij 43% en voldoende succesvolle afronding 14%) en bij 44% negatief (weglopen bij 29%, verwijdering door de plaatsende instantie bij 9% of anders).</i>	Residentieel en groepstehuis programma's	Ontbreekt	- Gegevens uit een databank m.b.t. heropname in justitiële instellingen	Recidive (gevangenschap als volwassenen)	Gemiddeld is 25% van de jongens veroordeeld tot een justitiële instelling voor volwassenen binnen 7,5 jaar na uitplaatsing uit de residentieële instelling. Een groot deel verblijft dan voor de eerste keer in een instelling voor volwassenen (79%). De jongens die voor het meetmoment in het systeem hebben gestaan, worden op het moment van de meting niet meegenomen in de berekeningen, wat kan leiden tot een onderschatting van het aantal jongens dat in het volwassen systeem heeft gezeten. Jeugdigen met de grootste kans op gevangenschap als volwassenen hebben 3 of meer criminele activiteiten gepleegd voor opname, hebben 2 of meer eerdere plaatsingen meegemaakt in de instelling, hebben niet alle doelstellingen bereikt tijdens de behandeling en worden bij vertrek uit de behandeling in een andere residentieële setting geplaatst.
Connor et al. (2002) Amerika	PE	2: opname en vertrek	87 (71/16)	13.4 bij opname	Het gemiddelde IQ (test staat er niet bij vermeld) van de groep is 84. Een groot deel is blank (65%), 17% is Hispanic, 14% African American, 2% is Asian en 2% is van andere afkomst. De leeftijd bij eerste opname is bij 45% 6 t/m 12 jaar, bij 28% 13 t/m 19 jaar, bij 18% 2 t/m 5 jaar en bij 7% 0 t/m 1 jaar. Er is bij 75% sprake van huiselijk geweld en bij 59% seksueel geweld voor de opname. Bij 59 jeugdigen is de klinische indruksscore afgenomen. Gegevens m.b.t. stoornissen worden niet vermeld.	Residentieel behandelcentrum	Onderliggende theorie van het behandelcentrum is het psycho-educationeel model. Er is sprake van een hoge mate van gestructureerd milieu, goed getrainde staf, groepstherapie programma's met een nadruk op vaardigheden voor veiligheid, assertiviteit en communicatie training, sociale probleemoplossing vaardigheden, academische omscholing en componenten die gericht zijn op de maatschappij en het gezin. Behandeling bestaat uit: individuele psychotherapie, groepstherapie, gedragstherapie, milieutherapie en	- Devereux Scale of Mental Disorder (DSMD) Docenten - Clinical Global Impressions Scale (CGI) Behandelteams - WAIS of WISC Kinderpsycholoog - Plannen van andere instellingen, medische dossiers, rechtbank verslagen	Gedrag van de jeugdigen, dat gerelateerd is aan psychopathologie en globale klinische verbetering	Bij 32% van de jeugdigen is er sprake van een verbetering of geen verandering van gedrag dat gerelateerd is aan psychopathologie. Bij de rest (68%) is sprake van een achteruitgang. Bij een kleinere groep van 59 jeugdigen in de populatie geeft de staf aan dat 83% van de jeugdigen is verbeterd en slechts 17% is verslechterd wat betreft de algemene klinische indruk. Jeugdigen met een geschiedenis van misbruik komen vooral voor in de groep die een verslechtering vertoont. Jeugdigen met internaliserende problematiek komen vooral in de groep die geen verslechtering of een verbetering vertoont.

							farmacotherapie indien nodig. Jeugdigen krijgen speciaal onderwijs in kleine klassen van 8 studenten. Behandeling bestaat ook uit psycho-educatieve nazorg. De cliënt-staf ratio is 3 op 1. De gemiddelde verblijfsduur is 579 dagen met een range van 39 t/m 1707 dagen.			
Cox-Jones et al. (1990) Amerika	NE N=1 studie	1: follow-up 1 jaar na vertrek	1 (1/0)	X	Een kind dat brand heeft gesticht.	Intramurale psychiatrisch behandeling	Therapie is gericht op het aanleren van vaardigheden m.b.t. veiligheid en concepten zodat de interesse in en betrokkenheid met vuur verminderd. Andere elementen zijn gericht op antisociaal gedrag en depressie.	- Interview Moeder, jeugdige, gezinstherapeut	Recidive (brandstichting)	De respons van het kind per training sessie wordt beschreven.
Dalton et al. (1990) Amerika	NE Retrospectief	1: follow-up 5 jaar na ontslag	18 (X/X)	X	Er is bij vier jeugdigen sprake van autisme. De rest heeft oncontroleerbare symptomen en moeders die gediagnosticeerd zijn met ernstig psychiatrische stoornissen. De meeste hebben een afwezige vader en weinig sociale steun. Er is bij 61% sprake van eerdere mislukte plaatsingen.	Psychiatrisch ziekenhuis	2 keer per week alliantie opbouwende psychotherapie en vaak farmacotherapie. Oudertraining groepen en wekelijkse therapiesessies voor de gezinnen. Slechts een klein deel van de gezinnen (39%) neemt actief deel daaraan.	- Interviews (telefonisch en persoonlijk) Verzorger, kind en therapeut moeder (verschillende per ppp)	Symptoomreductie, huidige diagnose, huidige leefsituatie en functioneren (huidige aanpassing) op basis van diverse informatie	Op het moment van ontslag is er bij de meesten sprake van een significante verbetering. Ze zijn allen verwezen voor zorg en therapie na vertrek uit het ziekenhuis. Met 22% van de jeugdigen gaat het goed vijf jaar na vertrek uit de kliniek.
Daly et al. (1998) Amerika	PE Voorstudie Beschrijvend	3: voormeting, nameting en follow-up 6 maanden na ontslag (afhankelijk van het instrument)	31 (X/X)	13	Bij jeugdigen is sprake van gemiddeld 4 eerdere uithuis plaatsingen in de 6 maanden voor opname. Een belangrijke reden voor die plaatsing wisselingen is het agressieve of zelfdestruïctieve gedrag van de jeugdigen (bij 67%). Een groot deel van de 52 jeugdigen (70%) komt uit een intramuraal psychiatrisch programma en 30% komt uit een minder restrictieve setting, zoals thuis bij de ouders, residentiële groepteuizen en noodopvang. Meest frequente diagnoses (DSM-IV) zijn: depressie, dysthymie, aanpassing coping stoornis, oppositioneel deviant gedrag en PTSS. Het gemiddelde IQ bij opname is 88 met een range van 60 tot 113. De gemiddelde verblijfsduur van de 31 jeugdigen die ontslagen zijn sinds de oprichting van het centrum is 151 dagen met een range van 11 tot 330 dagen. Of de groep van 31 of de groep van 52 jeugdigen wordt beschreven is niet altijd duidelijk.	Residentieel behandelcentrum voor jongens	Uitgebreide beschrijving van de behandeling. Componenten van behandeling: traditionele groepstherapie, individuele therapie, behandelplan, zonodig farmacologische interventie, opleiding, sociale vaardigheidstraining en een staf management training. Onderwijs wordt dagelijks gegeven in een gestructureerde, schoolachtige setting. De gezinnen ontmoeten de therapeut tenminste wekelijks. Vlak voor ontslag regelt de therapeut de nodige nazorg, die kan bestaan uit voortdurende training en steun voor ouders en broers/zussen, pleegouders en onderwijzers. Verder worden er om na 30 dagen, 6 maanden en 1 jaar na ontslag routinematig interviews gehouden met de primaire verzorger van de jeugdige, zodat aanvullende zorg kan worden geleverd indien nodig. Doelstellingen worden ook vermeld. Onderliggende theorie wordt vermeld (tussendoor): psycho-educatief model. Een component van het model is het dagelijkse, voortdurende aanleren van sociale vaardigheden en zelfcontrole strategieën door de groepsleiding.	- CBCL bij opname, ontslag en fu, Primaire hulpverlener en coördinator van het centrum - Restrictiveness of Living Environment Scale (ROLES) bij opname en ontslag, - Children's Global Assessment Scale (CGAS) bij opname en ontslag (bij 25 jeugdigen afgenomen)	Algemeen functioneren (ernst van de stoornis), gedragsproblemen en verblijf in een minder/meer restrictieve setting	Er is in vergelijking met opname bij 84% van de jongeren sprake van een verbetering in functioneren bij ontslag. Jongeren hebben ongeveer 35 therapeutische interacties per dag. Er zijn aanwijzingen voor een afname van ernst van de problematiek. Een groot deel van de jeugdigen die vertrokken is (94%), is geplaatst in een setting die gelijk is aan of minder restrictief is dan de plaatsingen bij opname. Van de jeugdigen die vertrokken zijn is 71% geplaatst in een minder restrictieve setting in vergelijking met de plaatsingen voor opname. Zij zijn geplaatst in een pleeggezin, een groepstehuis of bij de ouders.
Dickert & Sotinsky (1996) Amerika	PE	2: bij opname en ontslag	63 (30/33)	15.2 11 tot 17	<i>Jeugdigen zijn tussen 1 augustus 1994 en 31 juli 1995 opgenomen en ontslagen.</i> De etniciteit van de jeugdigen is: blank (48%), negroïde (33%), Hispanic (18%) en Oriëntaals (2%). Het gemiddelde profiel van de jeugdigen bij opname is een matige impulscontrole, weinig sociale steun, weinig probleem oplossende vaardigheden en een gevaar voor zichzelf of anderen.	Psychiatrische behandeling	Gemiddelde verblijfsduur is 91 dagen met een range van 4 t/m 286 dagen.	- Severity of Illness Rating Scale (SIRS) Psychiaters	Functioneren op basis van affectieve stabiliteit, impulsiviteit, denkprocessen, interpersoonlijke relaties, probleem oplossende vaardigheden, sociaal netwerk, gevaar voor zichzelf en anderen en verblijfsduur	Van de adolescenten wordt 40% uitgeplaatst naar huis, komt 16% weer in aanraking met justitie en wordt 44% in een residentiële instelling geplaatst. Bijna alle jeugdigen verbeteren van opname tot vlak voor ontslag in het functioneren. De duur van verblijf wordt het beste voorspeld door het functioneren bij opname, de setting op het moment van ontslag (thuis of een justitiële of residentiële instelling) en de leeftijd van de jeugdigen.
*Dobkin et al. (1998) Canada	PE	3: voor behandeling en 2 follow-up metingen 1 maand en 6 maanden na ontslag. Voormeting bij n=128, voormeting en 1 fu bij n=67. Voormeting lijkt niet aan te sluiten bij fu's	40 met 2 fu's	X	<i>Selectie ten eerste op basis van 'ongeschiktheid', namelijk: patiënten waarvoor de kliniek niet genoeg op toegerust is, zoals gewelddadige, suïcidale of heroïneverslaafde jeugdigen. Aantal screeningsprocedures van de kliniek: geen 'onacceptabele' gevallen.</i> Korte populatie beschrijving van 282 patiënten (m=139 en v=141). Gemiddelde leeftijd 15.5 jr. 35% woont voor opname bij beide ouders, 23% bij één ouder, 22% met een ouder en stiefouder en 18% in andere woonsoorten. Bij drop-outs werd geprobeerd ze op te sporen, hetgeen vaak niet lukte. Op basis van het resultaat van behandeling werden er drie groepen gevormd: diegenen die behandeling niet voltooiden, wel voltooiden en verbeterde en die wel voltooiden maar niet verbeterde.	Multi-gefaseerde intramurale behandeling gericht op middenmisbruik	Behandelprogramma met de duur van 1 jaar, waarvan 2 maanden in intramurale behandeling, 3 maanden extramurale behandeling en 7 maanden nazorg. Ouders worden uitgenodigd om deel te nemen aan gezinstherapie. Verder is onderwijs geïntegreerd in de extramurale unit. Het intramurale programma is gericht op 3 fasen: integratie, behandelplanning en verantwoordelijkheid nemen. Doelen zijn onthouding, reïntegratie in de maatschappij, zelfstandig worden en verminderen van psychisch leed. Voor diegenen die het intramurale deel afronden hebben wordt extramurale zorg en nazorg geboden.	- Personal Experience Screening Questionnaire, Vragenlijst zelfgerapporteerde betrokkenheid met middelengebruik en zelfgerapporteerde delinquentie Family Environment Scale Jeugdigen - Michigan Alcoholism Screening Test, Drugs Abuse Screening Test Ouders	Succesvolle uitkomst op basis van de mate van psychische en gedragsmatige betrokkenheid met middelengebruik en zelfgerapporteerde delinquentie	Van de 282 jeugdigen die bij de voormeting betrokken zijn, maakt 56% de behandeling niet af. Van 67 jeugdigen die de behandeling voltooiden is er bij 72% geen sprake van verbetering. Jeugdigen die behandeling wel voltooiden maar niet veranderden of juist verslechterden kunnen worden onderscheiden door meer sociale angst, depressieve symptomen en denkproblemen bij de opname. Bij jeugdigen die behandeling niet voltooiden is er minder kans dat de ouders deelnemen aan het onderzoek en een grotere kans op een vader met een lage beroepsstatus dan de jeugdigen die verbeterden. Verder is er bij de jeugdigen die behandeling niet voltooiden sprake van de hoogste scores op vervreemding.
Eltz et al. (1995) Amerika	PE	2: bij opname en 1 week voor ontslag	38 (13/25)	12 t/m 18	<i>De steekproef ontstaat na exclusie van een aantal jeugdigen.</i> De meest voorkomende diagnoses zijn depressie, dysthymie en gedragsstoornis. Een grotere meerderheid van de jeugdigen (83%) is blank. De groep wordt opgedeeld in een mishandelde (58%) en	Psychiatrische adolescenten unit van een regionaal kinderziekenhuis	De adolescenten nemen tenminste 3 keer per week deel aan individuele psychotherapie sessies van een uur gegeven door een psycholoog of psychiater. De therapeuten zijn psychodynamisch wat betreft	- Penn Helping Alliance Questionnaire en Network Orientation Scale bij opname en ontslag, Therapy	Waargenomen vooruitgang door jeugdige en therapeut	Mishandeling, meervoudigheid van mishandeling en het dadertype van de mishandeling hangen samen met aanvankelijke problemen in alliantievorming. De beste voorspeller van alliantie ontwikkeling is de ernst van de interpersoonlijke

					niet mishandelde (42%) jeugdigen. Binnen de groep mishandelde jeugdigen is er bij 76% sprake van ervaring van meerdere mishandelingen in fysieke en seksuele vorm of verwaarlozing. Meerdere vormen van mishandeling komt bij 67% van de mishandelde groep voor. De gemiddelde leeftijd waarop mishandeling plaatsvindt, is 6 jaar en 10 maanden. Bij 43% zijn de biologische ouders erbij betrokken en bij ook 43% de stiefvader, pleegouder of partner van de primaire verzorger. Een meerderheid (62%) wordt door de primaire verzorger mishandeld.		benadering. Gemiddelde duur van de behandeling bij de jeugdigen is 57 dagen.	Outcome- Adolescent Rated bij ontslag Jeugdigen - Penn Therapist Facilitating Behavior Questionnaire bij opname en ontslag, Interpersonal Problems Scale (op basis van CBCL), Therapy Outcome-Therapist Rated bij ontslag Therapeuten - CBCL bij opname Ouders		problemen. Mishandelde jeugdigen die het niet lukt om positieve allianties of verhoudingen te vormen met de therapeuten vertonen de minst gunstige resultaten.
Embry et al. (2000) Amerika	PE	5: na ontslag jaarlijks interview, 5 jaar lang binnen een maand van elk 'ontslagjaar' Deelname: beloning van 10 of 20 dollar	83 (45/38)	15.9 bij opname 17 bij ontslag	Diagnosen (DSM-III) worden in 4 categorieën ingedeeld: affectieve stoornissen (depressie e.d.) bij 49%, persoonlijkheidsstoornissen bij 48%, denkstoornissen (schizofrenie e.d.) bij 28% en disruptieve gedragsstoornissen (gedragsstoornis, oppositioneel opstandige stoornis, identiteitsstoornis en ADHD) bij 27%. De helft van de jeugdigen heeft comorbide psychiatrische stoornissen. Etniciteit: 78% is blank, 14% African American, 6% Asian American en 2% Native American. Bijna allemaal (90%) zijn ze eerder opgenomen geweest.	Residentiële faciliteit voor adolescenten met 19 plaatsen	Het behandelprogramma is milieu georiënteerd. Het biedt individuele en gezins-therapie, arbeidstherapie, beroepstraining, medicatie en speciaal onderwijs. Binnen 30 dagen na opname wordt er een ontslagplan opgesteld per jeugdige.	- Interviews (persoonlijk en telefonisch) Jongeren	Dakloosheid	Na ontslag ervaart 33% van de jeugdigen tenminste één periode van dakloosheid. Iets meer dan de helft (56%) ervaart de eerste periode van dakloosheid tijdens het eerste jaar na ontslag. Jeugdigen met een geschiedenis van middelenmisbruik, fysieke mishandeling, weglopen of een verlijf in hechtenis lopen meer kans om dakloos te worden dan jeugdigen die dat niet hebben meegemaakt. Jeugdigen die een denkstoornis hebben lopen minder risico om dakloos te worden.
Emslie et al. (1997) Amerika	NE Retro-spectief	2: bij opname en follow-up meting 1 tot 5.8 jaar na opname (verschillende per ppn)	59 (32/27) met fu	8 t/m 17	<i>Geen jongeren (exclusie) in de populatie met een slechte gezondheid, een IQ lager dan 80 (WICS-R) en een recente geschiedenis van middelenmisbruik en van anorexia of boulimia.</i> Van de 59 jeugdigen is 92% blank.	Ziekenhuis	Een groot deel (81%) krijgt antidepressiva als medicatie. Alle jeugdigen krijgen individuele, groeps-, gezins- en milieu therapie. Na ontslag keren de jeugdigen terug naar hun psychiater voor voortdurende behandeling of ze continueren behandeling met toestemming. De gemiddelde verblijfsduur is 33 dagen met een range van 1 tot 107 dagen.	- Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) bij opname Ouders en jeugdigen - Weinberg Screening Affective Scale (WSAS) bij opname Jeugdigen - Research Diagnostic Criteria, Bellevue Index of Depression Parent Form (BID-P) bij opname Ouders - Bellevue Index of Depression (BID) bij opname Klinici (hulpverleners) - Ook informatie van scholen, gezinsleden en klinische observaties Kiddie-Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation (K-LIFE) bij fu	De terugkeer van depressieve symptomen na ontslag	Binnen 1 jaar van de evaluatie herstelt 98% van de jeugdigen van de depressieve periode. Bij 61% is er sprake van ten minste 1 terugval tijdens de follow-up periode. Het risico van het opnieuw optreden van de depressie is het hoogst binnen het eerste jaar na herstel.
Enns et al. (2003) Canada	PE	3: bij aanvang en beëindiging van de intramurale behandeling en 1 jaar na ontslag	67 met nameting 78 (19/59) bij aanvang	15.4 12 tot 18	<i>Exclusie criteria zijn: psychoticisme en mentale retardatie.</i> Diagnosen (DSM-IV) van de 78 jeugdigen bij aanvang: Depressieve stoornis (67%), aanpassingsstoornis (13%), dysthymie (4%), depressie NAO (4%), PTSS (3%), bipolaire stoornis, depressieve fase (3%) en andere diagnosen (7%). De jeugdigen hebben suïcidale gedachten of pogingen.	Intramurale psychiatrische adolescenten unit	Ontbreekt	- NEO-FFI, Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS), Depressive experiences Questionnaire for Adolescents (DEQ-A), Beck Depression Inventory (BDI), Hopelessness Scale for Children (HSC) en Suïcidal Ideation Questionnaire (SIQ) bij opname en BDI, HSC en SIQ ook bij ontslag Jeugdigen - Ziekenhuisdossiers	Heropname binnen 1 jaar na ontslag en depressieve symptomen, hopeloosheid en suïcidale gedachten	Er is een statistisch significante afname in hopeloosheid, depressieve symptomen en suïcidale gedachten van opname tot ontslag. Er is bij 24% van de 78 jeugdigen sprake van een heropname in verband met suïcidale gedachten. Neuroticisme hangt samen met depressie en suïcidale gedachten na de behandeling. Suïcidale gedachten en neuroticisme voorspellen heropname binnen 1 jaar na ontslag.
Erker et al. (1993) Amerika	QE	2: bij opname (exacte meetmoment wordt niet vermeld) en een follow-up na 10 jaar	61 (47/14)	8.5 4-11 bij opname 18 13-27 bij fu	<i>De toewijzing aan de groepen wordt primair op basis van de adviezen van staf gedaan.</i> Diagnosen in de residentiële groep: persoonlijkheidsstoornis (31%), 'neurotische' stoornis (31%), aanpassingsstoornis (25%) en borderline persoonlijkheidsstructuur (13%). Diagnosen in de dagbehandeling groep: 'neurotische' stoornis (31%), persoonlijkheidsstoornis (30%), aanpassingsstoornis (16%), borderline	Particulier, religieuze behandelcentrum: residentiële (n=16) en semi-residentiële (n=45) behandeling	Beide groepen ontvangen een brede range van psychotherapeutische interventies uitgevoerd door ervaren therapeuten. Ook het gezin van de jeugdigen wordt betrokken bij de behandeling. Ouders van jeugdigen in dagbehandeling zijn significant vaker betrokken bij therapeutische interviews dan ouders van de jeugdigen in residentiële	- WISC, Peabody Picture Vocabulary Test bij opname, maten voor Social and Personal Adjustment en Overall Life Adjustment bij opname en follow-up Jeugdigen	Mate van sociale en persoonlijke aanpassing	Na de residentiële behandeling van jeugdigen keert 75% terug naar school. Bijna een vijfde (19%) van de jeugdigen is weggestuurd door het behandelcentrum en 6% is verwezen naar andere hulp na de residentiële behandeling. Een groot deel van de jeugdigen in dagbehandeling (69%) keert terug naar school, 9% is weggestuurd door het behandelcentrum, bij 9% is verdere

	(N=45)				persoonlijkheidsstructuur (11%), psychose (4%), gedragsstoornis (2%) en borderline psychose (2%). Bij 4% van de groep in dagbehandeling is er geen mentale stoornis. Een meerderheid (95%) is blank en de rest is African American. Alle jeugdigen hebben een IQ score van 70 of hoger. De jeugdigen zijn verwezen door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (39%), school autoriteiten (33%), niet-psychiatrische artsen (20%) of anders (8%). Een significant groter deel in residentiële behandeling heeft eerder psychiatrisch contact gehad dan de jeugdigen in dagbehandeling.		behandeling. De verblijfsduur van de jeugdigen in residentiële behandeling is 16.4 maanden en in die tijd zijn er gemiddeld 231 therapieessies met de jeugdige en 25 sessies met de ouders. De verblijfsduur van de jeugdigen in dagbehandeling is 16.2 maanden met in die tijd gemiddeld 297 therapieessies met de jeugdige en 42 met de ouders.	- Intake formulier bij opname Ouders		behandeling niet geïndiceerd, bij 7% is de plaatsing onbekend, en 7% is verwezen voor psychotherapeutische hulpverlening. Jeugdigen die aanvankelijk minder goed aangepast zijn, zijn ook minder goed aangepast op het moment van follow-up. De mate van sociale en persoonlijke aanpassing is significant groter na de behandeling bij beide groepen. Twee derde van de jeugdigen in beide groepen is verbeterd. Bij 10% is er sprake van een achteruitgang.
*Ezell & Levy (2003) Amerika	PE	3: voormeting, nameting en fu. 3 studies worden weergegeven: Programma is in drie jaren geëvalueerd (jaar 2 en 3 uitgebreider)	86 gr1 57 gr2 41 gr3 184 tot 184 tot (per jaar ander aantal) 24 met fu	17.8 15 t/m 21 1e groep	De groep van 86 jeugdigen die aan de eerste evaluatie meedoet wordt beschreven. Etniciteit: 49% is blank, 21% Hispanic, 16% Native American, 11% African American, 1% Asian, 1% multicultureel en 1% anders.	Kunstprogramma in justitiële instellingen, programma 'A Changed World'	Kunstprogramma's bestaande uit workshops. Het doel van het programma is een reductie van recidive door een deelname aan cultureel relevante, ervaringsgerichte kunstactiviteiten. Er zijn workshops met een duur van 2 weken tot 2 maanden. Kunstenaars worden aangemoedigd om volgens een aantal principes te werken. In het eerste jaar worden 17 workshops gegeven in 6 instellingen, in het tweede jaar 11 workshops in 6 instellingen en het derde jaar 6 workshops in 5 instellingen. De aangeboden workshops verschillen elk jaar wat van elkaar. Aangeboden workshops over de drie jaren zijn: visuele kunst, schrijven, muziek, fotografie, hout bewerking, poëzie, grafisch ontwerpen, muurschilderingen, toneel, stripkunst, collage en papier-maché.	Jaar 1: - Self-esteem scale (Rosenberg), peer-relations scale (Hudson) bij voor-en nameting Jeugdigen - Leerdoelen Docenten Jaar 2: - Vragenlijst m.b.t. vaardigheden (zelf ontwikkeld) Jeugdigen - Doelen, observaties van verandering Docenten - Incidenten voor en tijdens workshops Staf van de instellingen - Gerechtelijke dossiers	Mate van incidenten voor en tijdens de workshops, aanleren van nieuwe academische en beroepsvaardigheden, recidive tijdens 6 maanden na vertrek, zelfvertrouwen, relaties met leeftijdgenoten, cultureel bewustzijn en maatschappelijke identiteit, doelrealisatie	Er is geen verandering in zelfvertrouwen en relaties met leeftijdgenoten bij jeugdigen uit het eerste jaar. Uit de studie van het 2e en 3e jaar blijkt volgens de docenten jeugdigen bijna al hun doelen bereiken tijdens de workshops. De jeugdigen geven zelf aan vooral concrete beroepsvaardigheden te hebben geleerd (61%). Een groot deel (70%) is positief over het project dat ze uitgevoerd hebben. Volgens observaties van de docenten tijdens de workshops zijn jeugdigen erg betrokken bij de workshops en hun projecten, blij om een afleiding van de dagelijkse routine te hebben en open te zijn over persoonlijke problemen. Er is van voor tot tijdens de workshop een significante afname in het aantal incidenten. Van een groep van 24 uitgeplaatste jeugdigen recidiveert 17% in de 6 maanden follow-up periode.
Gabel & Schindldecker (1992) Amerika	NE	Retrospectief onderzoek m.b.t. gegevens bij opname en wijze van beëindiging van behandeling. Exacte meetmomenten worden niet vermeld	149 (75/84)	16.6 ook de mediaan 12.4-18.9 bij opname	De steekproef bestaat uit jeugdigen die tussen 1 januari 1986 en 30 juni 1988 zijn ontslagen uit het Cornell Medical Center. De populatie lijkt niet te overlappen met de groep uit de studie van de auteurs uit 1990. Er is sprake van een andere afdeling uit dezelfde instelling. Meer dan 300 jeugdigen zijn in die periode ontslagen. Van een willekeurig geselecteerde steekproef uit die populatie zijn dossiers onderzocht. Een populatie van 149 jeugdigen wordt beschreven. Diagnosen (DSM III of III-R): depressieve stoornis (28%), gedragsstoornis (14%), schizofrenie (11%). Voor opname is er bij 64% sprake van suïcidaliteit, bij 27% ernstig agressief/ destructief gedrag, bij 26% misbruik door de ouders en bij 8% is er mogelijk sprake van mishandeling. De meesten zijn blank (83%).	Intramurale psychiatrisch units (1 gespecialiseerde adolescenten unit met 22 plaatsen en 1 groep in verschillende andere units) binnen 1 psychiatrisch ziekenhuis	Korte beschrijving van het ziekenhuis. Intramurale units zijn bedoeld voor acute behandeling, een verblijf met een gemiddelde behandelduur of langere termijn behandeling. Bepaalde units zijn specifiek gericht op bepaalde patiënten. De gemiddelde verblijfsduur is ongeveer 6 maanden in die unit. Adolescenten in het ziekenhuis gaan naar school op het terrein. De gemiddelde verblijfsduur van de totale groep is 4.6 maanden.	- Data Collection Form (DCF) Dossiers door onderzoeksassistent	Aanbeveling voor leefsituatie na ontslag door staf van het ziekenhuis: thuis of uithuisplaatsing	Bij 11% is er sprake van ontslag tegen medisch advies in, weglopen of niet voltooiën van de behandeling. Er is bij de groep adolescenten een lagere prevalentie van factoren voor opname dan jeugdigen van schoolleeftijd. Een slechte uitkomst wordt bij de groep adolescenten alleen voorspeld door ernstig agressief/ destructief gedrag.
Gavidia-Payne et al. (2003) Australië	PE	3: voor opname, bij ontslag en follow-up gemiddeld 4 maanden na ontslag Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de populaties van ouders die de vragenlijsten wel (n=29) en niet (n=54) hebben ingevuld: er zijn geen verschillen	29 (21/8)	9.34	De doelgroep: jeugdigen t/m 12 jaar, 29 ouders, 42 docenten en 37 verwijzers. Iets meer dan de helft (52%) van de jeugdigen komt uit een één ouder gezin met de moeder als primaire verzorger, 34% uit een twee ouder gezin met beide biologische ouders, 10% uit een gezin met een biologische moeder en een stiefvader en 3% woont bij de grootouders. Bij 72% is er sprake van de opname van een kind en bij 28% van het gezin. Bij één kind (3%) is er sprake van een crisisopname. Diagnosen (ICD-10): gedragsstoornissen (oppositieel opstandige stoornis, ADHD en gecombineerde stoornis van gedrag en emoties) bij 65%, ouder-kindrelatieproblemen bij 30%, aanpassingsstoornissen en angststoornissen bij 20% en pervasieve ontwikkelingsstoornissen bij 15%.	Intramurale unit voor jeugdigen met 12 plaatsen	Behandeling vindt plaats van maandag t/m vrijdag. In het weekend gaan de jeugdigen naar huis. De unit voorziet in crisis, acute en kortdurende behandeling meestal tot 6 weken lang. Indien nodig is de opname langer dan 6 weken. De opname wordt gezien als een tijdelijke fase waarin stabiliteit kan optreden in het leven van het kind. Gedurende de opname gaan jeugdigen terug naar hun externe school voor 1 dag per week. Er is de mogelijkheid voor opname van het hele gezin indien de jeugdigen heel jong zijn. Behandeling is multimodaal en interventies die toegepast worden zijn individueel, met ouders, met het gezin, in een groep, sociaal, onderwijs, psychologisch en lichamelijk. De keuze wordt gemaakt op basis van de behoeften van het kind en het gezin en uitgevoerd door een multidisciplinair team. Het therapeutisch milieu bestaat uit een afdelingsprogramma, ouder- en gezinstherapie, individuele kindtherapie, speciaal onderwijs en extramurale behandeling en maatschappelijke integratie. De verblijfsduur van de populatie is gemiddeld 30.4 dagen.	- Piers-Harris Children's Self Concept Scale (P-H) Jeugdigen - SDQ, Parenting Scale of Competence Scale (PSOC), Family Assessment Device (FAD), Centre for Epidemiological Studies Scale (CES-D) op de 3 momenten Ouders - SDQ bij voormeting en fu Docenten - SDQ, Heath of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) bij voormeting en fu Verwijzers	Algemeen functioneren van het kind (hyperactiviteit, emotionele en gedragsproblemen, problemen met leeftijdgenoten en sociaal gedrag), depressie bij de ouders, eigendunk van ouders, opvoedingstijl ouders, functioneren van het gezin (6 domeinen), tevredenheid van de ouders, zelfconcept van de jeugdigen op 6 domeinen	Er zijn volgens de ouders en verwijzers significante verbeteringen in het gedrag en functioneren van de jeugdigen, waaronder kenmerken van hyperactiviteit, emotionele symptomen, gedragsproblemen, relaties met leeftijdgenoten en sociaal gedrag. Ook volgens de docenten is er een significante verbetering in het gedrag en functioneren van de jeugdigen. Ouderlijke competentie en doeltreffendheid en ouderlijke handelingen verbeteren significant. Verder is er een significante afname van depressie bij de ouders. Tevredenheid van de ouders neemt van voor de opname tot 4 maanden na opname significant toe. Resultaten lijken erop te wijzen dat de meeste ouders effectievere strategieën gebruiken in disciplinaire situaties op het moment van ontslag en 4 maanden daarna.

Ghaziudin et al. (1999) Amerika	PE	2: bij opname en 6-9 maanden na ontslag (follow-up)	71 (31/40)	14.9	Veel jeugdigen hebben voor opname een mislukte behandeling ervaren. Diagnosen (DSM-III-R) in de categorieën: depressie (78%), disruptieve gedragsstoornissen (56%) en angststoornissen (o.a. OCD en PTSS; 46%). Een groot deel (87%) is blank, 10% is African American en 3% is van andere afkomst. Leefsituatie voor opname is 38% bij de biologische ouders, 14% bij één ouder, 22% bij een biologische ouder en een stiefouder en 20% zonder ouders.	Intramuraal adolescenten programma in een psychiatrische kliniek	Er is sprake van medicatiegebruik tijdens de behandeling van antidepressiva (bij 62%), stemmingsstabilisatoren (17%), neuroleptica (19%) en stimulantia (2%). De meeste jeugdigen (55%) gebruiken 1 soort medicijn. De duur van opname is gemiddeld 23.1 dagen.	-Diagnostic Interview Schedule-Revised (DISC), Childrens' Depression Rating Scale (CDRS) en Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR) bij opname en follow-up, interview bij fu Ouders en jeugdigen	Medicatie ontrouw	Er is bij een meerderheid (59%) sprake van een discontinuering van medicatie op het moment van de follow-up. Bij 34% is er sprake van medicatie ontrouw na opname, waarbij de medicatie is gestopt zonder de aanbeveling van een arts.
Gold et al. (1993) Amerika	NE Retrospectief	momenten waar gegevens op zijn gebaseerd verschillen	96	4 t/m 12	Aanvankelijk worden 100 jeugdigen geselecteerd. Jeugdigen waarbij sprake is van een voortijdig einde van het verblijf (n=41/4%) worden niet geïncludeerd. Er is bij dat voortijdig vertrek sprake van een einde in verband met een acute medische noodsituatie, een overplaatsing en ontslag tegen medisch advies in (n=2).	Intramurale unit n met 12 plaatsen voor jeugdige in een psychiatrisch ziekenhuis	Ontbreekt	- CGAS m.b.t. 1 maand voor opname, GAF m.b.t. periode vlak voor opname, Severity of Psychosocial Stressors Scale: Children and Adolescents m.b.t. 1 jaar voor opname Ingevuld op basis van dossierinformatie	Verblijfsduur	Een grotere ernst van psychopathologie, grotere ernst van psychosociale stressoren, diagnosen van PTSS, speciaal onderwijs, uithuisplaatsingen en ernstige woede uitbarstingen tijdens het verblijf in het ziekenhuis voorspellen een langer verblijf in het ziekenhuis. De diagnose aanpassingsstoornis voorspelt een kortere verblijfsduur.
Goldston et al. (1999) Amerika	NE Steekproef komt uit een populatie van 269 jeugdigen	2: voor opname (retrospectief) en follow-up 5 jaar na ontslag (halfjaarlijks na ontslag)	180 (89/91)	14.8 12 t/m 18	Jeugdigen zijn opgenomen tussen 4 september 1991 en 10 april 1995 en gewonnen uit ontslagen jeugdigen van de unit. Inclusie criteria voor opname in de populatie: 12 t/m 19 jaar oud, geen aanwijzingen voor mentale retardatie, opname voor tenminste 10 dagen, geen bewijs voor een ernstige lichamelijke ziekte, wonen in North Carolina of Virginia bij fu, geen broer of zus die al deelneemt aan de studie en een vermogen om een beoordeling te doen en voltooien. De jeugdigen komen uit een grotere steekproef van 269 opgenomen jeugdigen en bij 225 is geprobeerd ze te lokaliseren na de opname. Daarvan wordt 96% gevonden en geeft 84% toestemming tot deelname in de studie. Bij opname heeft 51% een affectieve stoornis, 18% een angststoornis, 54% een gedragsstoornis of oppositionele stoornis en 17% een stoornis m.b.t. middelengebruik. Etniciteit: 80% is blank, 17% African American en de rest is Hispanic, Native American of Asian America. Voor opname leeft 54% bij tenminste één biologische ouder en leeft 18% met beide biologische ouders. Een meerderheid (58%) heeft geen geschiedenis van suïcide pogingen voor opname. Van de rest heeft 23% eenmalig een poging, 12% twee keer en 7% van 3 t/m 7 pogingen gedaan.	Intramurale psychiatrische adolescenten unit	Ontbreekt	- Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA) gericht op periode voor opname Jeugdigen - Interviews Ouders en hulpverleners - Dossierinformatie (o.a. medische dossiers) Gedragsobservaties - BDI, STAI, STAXI vlak na opname, interview bij fu Jeugdigen	Suïcide pogingen na ontslag	Binnen 5 jaar na ontslag heeft 21% van de adolescenten tenminste één poging tot suïcide gedaan. Een groot deel van de suïcide pogingen bestaat uit een overdosis (49%). Er is niemand die suïcide pleegt. Het grootste risico tot een suïcide poging is er binnen 6 maanden tot 1 jaar na ontslag
Gorske et al. (2003) Amerika	NE	1: retrospectief (dossierstudie)	150 (50/100)	±16 13 t/m 20	Meest voorkomende diagnosen: oppositioeneel opstandige stoornis (17%), aanpassingsstoornis (16%), depressie (16%), ADHD (8%), middelennisbruik (7%), gedragsstoornis (5%) en ontwikkelingsstoornis (4%). Niet alle adolescenten hebben een diagnose. Reden opname: weglopen of dakloosheid (bij 52%). Etniciteit: African American (46%) of blank (45%).	Residentieel programma/residentiële centra. Instelling voor dakloze of weggelopen jongeren.	Meesten (62%) hebben een combinatie van individuele, groep of gezinstherapie ontvangen. Alleen individuele therapie komt bij 37% voor. Duur: ongeveer 77 dagen gemiddeld en ongeveer 28 therapieessies.	- Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) Behandelaars	Doelrealisatie: Succes in bereiken van het doel (wel, geen of gedeeltelijk succes)	Ontslag is succesvol bij 64%. Er is een voortijdige beëindiging bij 26%. In 7% van de gevallen is er een onsuccesvol resultaat en bij 3% een gedeeltelijk succesvolle behandeling. Adolescenten die minder succes hebben in de behandeling: 1) vertonen meer ernstig antisociaal gedrag, 2) leven met iemand anders of ergens zonder gezin en 3) ontvangen niet verschillende behandelmodules
Gottfredson & Barton (1993) Amerika	NE Nonequivalent controle groep design 3 groepen: een groep die voor sluiting verblijft (n=318), tijdens sluiting (n=355) en een groep na sluiting (n=256)	1: follow-up na ontslag (voor groep 1 en 2) en 30 maanden na de eerste verwijzing (groep 3)	469 (XX) 972 bij aanvang	X	De groep die er na sluiting van de instelling is (groep 3) spendeert de minste tijd of geen tijd in de instelling. Er is bij die groep wel een indicatie voor opname, alleen door de sluiting gebeurt dat niet. De groepen verschillen onder andere wat betreft de manier van verwijzing en in leeftijd. De groep na sluiting is het jongst en de groep voor sluiting het oudst. Groep 3 lijkt een latere aanvang te hebben van betrokkenheid met justitie en de delicten lijken van een minder ernstige aard te zijn. Die groep is echter wel meer betrokken in drugsgerelateerde criminaliteit. Van de 972 jeugdigen wordt vermeld dat 95% negroïde is en er worden gegevens vermeld over leeftijden op verschillende momenten en gepleegde delicten.	Justitiële jeugdinrichting	Ontbreekt	- Plaatsingsdossiers, officiële registratie m.b.t. recidive - Interviews Jeugdigen	Crimineel gedrag (op basis van cijfers van de politie en rechter en zelfrapportage)	De mate van recidive van de niet geïnstitutionaliseerde groep is significant groter dan die van de geïnstitutionaliseerde groep zowel tijdens als na de opnameperiode. In het jaar na ontslag uit de instelling of de verwijzing in het geval van de derde groep, zijn 44 en 45% van de geïnstitutionaliseerde groepen opnieuw gearresteerd en 72% van de niet geïnstitutionaliseerde groep. Met betrekking tot zelfrapportage is het verschil kleiner: 62% van de geïnstitutionaliseerde jeugdigen en 66% van de andere groep geeft aan gevangen gezeten te hebben. Een groot deel van de jeugdigen wordt na sluiting van de instelling geplaatst in residentiële voorzieningen (61%). Een jaar na het ontslag uit de justitiële instelling is 73% teruggeplaatst in een bepaalde residentiële voorziening.

Greenwood & Turner Rand (1993) Amerika	QE 2 groepen: speciaal (experimentele) groep van N=75) en traditioneel programma (controle (c) groep van N=74) met willekeurige toewijzing aan de groepen	3: 6 maanden na opname, bij ontslag en 1 jaar na ontslag (per moment een andere bron)	124 (124/0) met fu 148 bij aanvang	16.6e 16.5c	<i>Inclusie: mannelijk geslacht, ouder dan 15 jaar, toewijzing aan een bepaalde instelling voor een bepaald delict en 'geschikt' geacht door de rechter. Verder moest het verblijf in de residentiële fase van het speciale programma tenminste een jaar duren, tenzij jeugdigen zijn verwijderd in verband met disciplinaire maatregelen.</i> Tussen de experimentele en controlegroep worden geen significante verschillen gevonden. Een meerderheid in beide groepen (experimenteel en controle) is blank (resp. 60 en 63,5%), resp. 40 en 35% negeroïde en resp. 0 en 1% met een andere afkomst. Bij beide groepen is er gemiddeld sprake van 3 eerdere veroordelingen en 1 eerdere plaatsing. Een groot deel in beide groepen (e en c) leeft voor opname op straat (resp. 37 en 47%) of is met proefverlof (resp. 43 en 31%). Het meest ernstige delict is vaak diefstal (resp. 44 en 55%) of gewelddadig (resp. 37 en 32%). Iets minder dan een kwart (22%; n=16) is uit de groep met jeugdigen in de experimentele groep verwijderd in verband met disciplinaire maatregelen na een gemiddeld verblijf van 145 dagen (voortijdig vertrek). Van de groep jeugdigen die een jaar in de residentiële fase verbleef verplaatste 27% zich niet succesvol door alle drie fasen; 9% was in fase 1 en 18% in fase 2. Een groot deel van de aanvankelijk geïnterviewde jeugdigen wordt tijdens follow-up geïnterviewd. De niet-geïnterviewde jeugdigen verschillen significant van de geïnterviewde groep: de eerste groep heeft meer eerdere plaatsingen gehad en leven in minder stabiele gezinssituaties dan de tweede groep.	Paint creek youth center (speciaal programma; 30-35 plaatsen) en 2 training scholen (traditioneel/controle programma). Soort justitiële inrichtingen	Het doel van het speciale programma is het voorzien in een programma van hoge kwaliteit gericht op de behoeften van jeugdigen die veroordeeld zijn voor ernstige delicten. Combinatie van benaderingen 'positive peer culture', realiteitstherapie en criminele denkfouten. Verschillende fasen: start is 3 dagen oriëntatie en aan eind een overgangperiode naar leven in de maatschappij. Succes in elke fase wordt beloond met meer privileges en verantwoordelijkheid. In de laatste fasen kunnen de jeugdigen parttime werken in verschillende settings. Een aantal kenmerken waarvan het speciale programma zich onderscheidt van het andere programma in de studie: klein in opzet, afwezigheid van gesloten deuren etc., probleemgericht dossiersysteem met (on)mogelijkheden van de jeugdigen, duidelijke beloningen, cognitieve/gedragmatige training methoden, dagelijkse groepsessies, 2 keer per maand gezinsgroepstherapie en intensieve reïntegratie en nazorg. De andere programma's zijn gericht op 'remedial' onderwijs en beroepsstraining. De kosten van de plaatsing worden ook genoemd. De gemiddelde verblijfsduur van de groep die het speciale programma voltooide was 376 dagen, hetgeen langer is dan de 'controle' groepen.	- Interview 6 maanden na opname en 1 jaar na vertrek Jeugdigen - Dossierinformatie - Interview bij vertrek Hulpverleners - Gerechtelijke stukken	Delinquent gedrag (op basis van arrestaties, verblijf in gevangenis, overtredingen tijdens verlof en zelfrapportage), waaronder drugsgebruik en recidive 1 jaar na vertrek	Tussen de experimentele en controle groep worden geen significante verschillen gevonden in de mate van recidive. Een groot deel van beide groepen recidiveert volgens officiële cijfers, namelijk 61% in de controle groep en 51% in de experimentele groep. Uit zelfrapportage komt naar voren dat 75% van de jeugdigen in de experimentele groep en 62% van de controle groep tenminste 1 (meer ernstig) delict pleegt gedurende een jaar na vertrek. De jeugdigen die het programma in het Paint creek centrum voltooiën presteren significant beter dan de jeugdigen die verwijderd zijn in verband met disciplinaire maatregelen. Van de voortijdige vertrekkers recidiveert 88%, terwijl 40% van de jeugdigen die het experimentele programma voltooit recidiveert. Ook geeft een significant groter deel van de voortijdige vertrekkers (57%) aan drugs te verkopen dan van de voltooiers (20%). Kijkend naar de toepassing van intensieve nazorg worden er geen significante verschillen gevonden in recidive bij het wel of niet toepassen van nazorg. Er zijn wel aanwijzingen voor een iets minder snelle recidive bij de groep die intensieve nazorg heeft gehad dan bij de groep die dat niet heeft gehad.
*Guerra & Slaby (1990) Amerika	QE 3 groepen: cognitieve mediatio training (n=40), aandachtscontrole groep (n=40) en niet-behandelgroep (n=40) Willekeurige toewijzing	3: voormeting, nameting en fu (alleen recidive tijdens fu 12 tot 24 maanden na uitplaatsing) Bij de controle groep alleen een voor- en nameting	120 (60/60) n=40 per groep (met v en m=50%)	17 15-18	<i>Jeugdigen die agressieve delicten hebben gepleegd. Selectie uit de totale populatie op basis van leeftijd (15 tot 18 jr), leesniveau, intellectueel functioneren (geen leerprobleem), delicten (antisociale agressie) en datum van voorwaardelijke vrijlating</i>	Training in een justitiële inrichting	Cognitieve mediatio training (CMT) is speciaal ontwikkeld op het herstellen van sociaal probleem oplossende vaardigheidstekorten en het verminderen van de gedachten die het gebruik van agressie ondersteunen. De technieken die gebruikt worden zijn beperkt tot instructie en gestructureerde discussie. Het bestaat uit 12 sessies en maakt gebruik van 8 stappen die jeugdigen in gedachten moeten doorlopen. In de sessies worden de stappen doorlopen. 1) Identifieren en herkennen van sociale problemen e.d. De laatste stappen bestaan eruit dat jeugdigen de strategieën in een echte situatie gaan toepassen en de resultaten gaan evalueren. CMT is gebaseerd op een model van sociaal-cognitieve ontwikkeling. De aandachtscontrole groep is erop gericht om de hoeveelheid en soort van professionele aandacht en groepsdeelname onder controle te houden en oefeningen m.b.t. sociale probleem oplossing, evaluatie van sociale opvattingen of impulscontrole te vermijden. Bestaat uit 12 sessies, 10-14 deelnemers en gericht op basis vaardigheden (bijvoorbeeld leesbegrip). De controle groep krijgt geen behandeling.	-The Behavior Rating Scale (op basis van de Devereux Adolescent Behavior Rating Scale) Supervisors van de jeugdigen - Vragenlijst m.b.t. agressieve gedachten, vragenlijst m.b.t. training effecten bij nameting Jeugdigen - Meting van sociale cognitie bij voormeting en nameting Groepen jeugdigen (n=10) - Dossiers	vaardigheden voor het oplossen van sociale problemen, sociale cognitie, gedachten die het gebruiken van agressie ondersteunen en agressief, impulsief en inflexibel gedrag en recidive gedurende 12 tot 24 maanden na ontslag	Jeugdigen in de behandelgroep vertonen volgens de hulpverleners een toename in vaardigheden voor het oplossen van sociale problemen, een afname in de gedachten die het gebruiken van agressie ondersteunen en volgens de supervisors een afname in agressief, impulsief en inflexibel gedrag. Er is geen significant verschil in recidive tussen de drie groepen. In totaal recidiveert van de CMT groep 34%, van de AC groep 43% en in de controle groep 46% in 2 jaar na het ontslag.
Hansson et al. (2004) Zweden	PE 3 groepen in verschillende cohorten Interrupted time-series design	2: bij opname (intake) en follow-up tenminste 5 jaar na behandeling	186 (112/74)	15.3 bij opname 21.8 bij follow-up	<i>Jeugdigen worden tenminste 4 weken na de intake onderzocht. Bij alle jeugdigen is de diagnose gedragsstoornis gesteld. Van de aanvankelijke groep valt 22% uit het onderzoek. Een deel van de jeugdigen (16%) heeft tenminste één ouder die buiten Zweden geboren is. Een groep van 239 jeugdigen wordt met een aantal kenmerken weergegeven.</i>	Intramurale psychiatrische unit	Ontbreekt	- Sense of Coherence (SOC), Ladder of life en Self-declared antisocial behaviour instrument bij intake en fu, SCL-90, Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Social Functioning Scale, Social Beloning Scale en interview bij fu Jeugdigen <i>Gedurende studie nieuwe instrumenten gebruikt</i>	Psychiatrische symptomen, psychosociale klachten, gevoel van cohesie, zelf gerapporteerd antisociaal gedrag, algemeen functioneren (symptomen/ ernst van problemen), sociaal functioneren	Ongeveer 30 tot 50% van de jeugdigen verbetert hun leven en heeft een acceptabele leefsituatie.

Healy & Fitzgerald (2000) Engeland	NE Retrospectief	1: follow-up 13 tot 16 jaar na ontslag	50 (34/16)	12 mediaa n 4-16 bij opname 27 20-31 bij ontslag	Stoornissen die in de groep van 50 jeugdigen voorkomen: gedragsstoornis (62%), emotionele stoornis (20%), anorexia (8%), pervasieve ontwikkelingsstoornis (8%) en een psychotische stoornis (6%). Bij 30% is er sprake van co-morbiditeit en zij worden op een jongere leeftijd opgenomen dan de rest van de groep. Primaire redenen voor opname: suïcide risico (16%), escalierend agressief gedrag (32%), diagnostisch onderzoek (18%) en mislukken van extramuraal behandeling (32%). Er worden geen gegevens over etniciteit vermeld. Een groot deel (92%) verblijft thuis voor de opname, 4% in een residentiële school, 2% in een pleegthuis en 2% in een kindertehuis.	Regionaal behandelcentrum voor jeugdigen met psychiatrische problematiek met 14 plaatsen	Een belangrijk middel in de instelling is milieutherapie. Bij opname worden er doelen opgesteld. Behandeling bestaat uit meerdere vormen van behandeling zoals gedragstherapie, werk met het gezin en individuele psychotherapie. De mediaan van de duur van verblijf is 6 maanden met een range van 1 week tot 15 maanden.	- Social Adjustment Schedule, Personality Assessment Schedule en interview bij fu Jongeren en ouders - Informatie van justitie, sociaal bijstand en info m.b.t. overledenen	Slechte uitkomst tijdens follow-up (op basis van overlijden, verblijf in gevangenschap, psychiatrische stoornis of huidige werkloosheid met een duur van 6 maanden)	Na ontslag verblijft 74% weer thuis, 12% in een residentiële school, 8% in een kindertehuis, 4% in een pleegthuis en 2% in een algemeen ziekenhuis. Bij 79% van de jeugdigen is er sprake van een slechte uitkomst (dood, gevangenschap, volwassen psychiatrische stoornis of werkloosheid) bij de follow-up. Bij 21% (N=5), waarbij vroeger sprake was van een gedragsstoornis, is er sprake van een goede uitkomst. Iets meer dan een tiende (12%) heeft na ontslag in een gevangenis gezeten.
Hendriks & Bijleveld (2004) Nederland	NE	2: retrospectief dossieronderzoek en follow-up van 1 jaar en 8 maanden tot ruim 15 jaar en 8 maanden (verschillend per delinquent)	112 (112/0)	16 bij opname 18;4 bij ontslag	<i>De onderzoeksgroep bestaat aanvankelijk uit 114 mannelijke jeugdige zedendelinquenten waarvan het behandeldossier in de inrichting aanwezig is en die niet later dan 31 dec 2001 uit de inrichting ontslagen zijn. Van 112 kon de justitiële documentatie geleverd worden. Zedendelinquenten (minimaal 1 zedendelict): opportunisten en kindmisbruikers. Opportunisten zijn over het algemeen leeftijdgenootmisbruikers en hebben vaak één of meer andere delicten gepleegd. Kindmisbruikers misbruiken vaak jonge kinderen. Diagnosen: gedragsstoornis NAO (41%), (ernstige) gedragsstoornis (11%), ADHD (9%) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (4%). 39% is veroordeeld voor (poging tot) verkrachting en 35% voor (poging tot) aanranding. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het delict is 14 jaar en bijna 4 maanden. Etniciteit: 77% is Nederlands, 4% Surinaams, 3% Marokkaans, 2% Antilliaans, 1% Turks, 1% 'gemengd' en 12% heeft een andere nationaliteit. Bij 34% is er eerdere behandeling geweest i.v.m. gedragsproblemen: ambulante (17%) en residentiële (17%). De ouders zijn bij 53% van de jongens gescheiden. Een meerderheid (76%) is emotioneel en pedagogisch verwaarloosd, 20% is lichamelijk mishandeld en 13% geestelijk. Seksueel misbruik is er bij 50% geweest en bij 13% zijn daar vermoedens van. Veel jongens (89%) hebben matig tot slecht contact met leeftijdgenoten.</i>	Justitiële behandelingsrichting voor jeugdigen	Behandeling op een gesloten en besloten afdeling. Gemiddelde verblijfsduur ligt tussen 24 en 30 maanden.	- Dossieronderzoek, informatie uit het Justitieel Documentatieregister	Recidive (officiële registratie in Justitieel Documentatieregister)	Iets meer dan de helft van de jongeren (59%) recidiveert naar enig delict. Binnen één jaar na ontslag recidiveert meer dan 50%, twee jaar na uitplaatsing is 70% van de recidivisten gerecidiveerd en ruim 80% na drie jaar. Na ruim 8 jaar komen er geen nieuwe recidivisten meer bij. Een kwart van de jongens recidiveert binnen de observatieperiode naar een ernstig delict (zeden- of geweldsdelict), ruim een derde recidiveert naar allerlei andere feiten en 40% recidiveert niet. Opportunisten recidiveren vaker (73%) dan kindmisbruikers (52%). Zedenrecidive wordt alleen bij kindmisbruikers aangetroffen. Van de delicten die gepleegd zijn vormen vermogensdelicten (38%) de grootste groep.
Henggeler et al. (2003) Amerika	QE 2 groepen: multi-systeem therapie (n=79) versus intramuraal crisisbehandeling (n=77) Willekeurige toewijzing	5: bij selectie steekproef, vlak na selectie steekproef (na 1-2 weken), na voltooiing MST (gemiddeld 4 maanden na werving) en 6 en 12 maanden na werving jeugdigen	156 (101/55)	12.9 10 t/m 17 Meetmoment niet vermeld	<i>Inclusie criteria: aanwezigheid van symptomen van suïcidale of moordlustige gedachten, psychose of dreiging zichzelf of anderen te verwonden door een mentale ziekte, mate van plaatsingscriteria voor psychiatrische ziekte, 2 t/m 17 jaar oud, wonen in Charleston County en het hebben van een niet institutionele leefomgeving. Exclusie: bij autisme of als het gezin al MST thuisstraining gehad heeft. Van de 160 geselecteerde gezinnen vallen er 4 uit het onderzoek. Meest voorkomende diagnosen: oppositiek opstandige stoornis (51%o/16%) en ernstige depressie (27%o/14%) of middelennisbruik (14%j). Zowel ouders (o) als jeugdigen (j) geven die percentages aan. Primaire redenen voor opname: suïcidale gedachten, plannen of pogingen (38%), moordlustige gedachten, plannen of pogingen (17%), psychose (8%) en dreiging zichzelf of anderen te verwonden (37%). Eerdere psychiatrische behandeling voor 85% van de jongeren, waarvan 35% een opname en bij 35% justitiecontacten. Etniciteit: 65% African American, 33% blank, 1% Asian American en 1% Hispanic. De thuissituatie bestaat bij 31% uit een 2 ouder gezin met tenminste 1 biologische of adoptief ouder, 50% in een 1 ouder gezin en 18% met anderen dan de biologische of pleegouders.</i>	Multisysteem therapie (MST) en crisisbehandeling in een intramuraal unit van een psychiatrisch ziekenhuis met 26 plaatsen	MST is op een aantal punten aangepast t.a.v. de traditionele vorm. Er is integratie van extra staf, integratie van farmacologische interventies en gepland en voorzichtig gebruik van uit huis plaatsingen als opname in een psychiatrisch ziekenhuis en pleegzorg voor veiligheid of het bereiken van behandeldoelen. Verder worden standaard MST protocollen gebruikt. De duur van MST is gemiddeld 127 dagen. Ongeveer de helft van de groep (49%) jeugdigen werd tijdens de MST opgenomen. Ziekenhuis opname is kortdurend voor stabilisatie van een psychiatrische crisis. De unit heeft een milieu programma dat gebaseerd is op gedrag en een puntensysteem. Voor de jeugdigen wordt een nazorgplan opgesteld. Na de crisisopname ontvangt de crisisgroep ook andere vormen van hulp (heropname, pleegzorg, zelfstandig wonen, groepstehuizen, residentiële behandeling en opname in gevangenis). Medicatiegebruik is in beide condities gelijk m.b.t. frequentie en soort met een range van 63% tot 75% van de jeugdigen.	- Global Severity Index (GSI) van de Brief Symptom Inventory (BSI), subschaal van de Family Friends and Self Scale Jeugdigen - CBCL Ouders - subschalen van de Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-III (FACES-III) Jeugdigen, ouders	Probleemgedrag (verandering in internaliserende en externaliserende symptomen), functioneren van het gezin, eigendunk van de jeugdigen, uithuisplaatsingen, aanwezigheid op school en relaties met ouders/gezin	Van de MST groep voltooit 94% de behandeling. De mate van zelfgerapporteerde symptomen is bij aanvang lager in de MST groep dan in de opgenomen groep. Er is bij beide groepen een significante reductie van symptomen gedurende de tijd. Er zijn geen veranderingen in eigendunk bij de jeugdigen. MST is aanvankelijk effectiever dan de crisisopname in het verminderen van symptomen en uithuisplaatsingen en het vergroten van aanwezigheid op school en de gezinstructuur, maar na 12 tot 16 maanden is er geen verschil meer.
Hintikka et al. (2003) Finland	PE 2 groepen: adolescenten met een depressie (N=28) en adolescenten	2: opname en ontslag	39 (15/24)	15.2 (depr) 15.0 (gedr) 13-17	<i>Inclusie voor de basis steekproef: tussen 14 en 18 jaar oud, niet verzeven voor een kortdurende interventie, vermogen om mee te werken en het hebben van een klinisch significante stoornis. Uit de jeugdigen die dan overblijven worden jeugdigen met depressie en jeugdigen met een gedragsstoornis geselecteerd voor in de steekproef. Andere psychiatrische jeugdigen hebben een IQ van 70 of hoger (test niet vermeld) en</i>	Psychiatrische intramuraal units met 10 en 5 plaatsen	Geïndividualiseerde behandelingschema's. Behandeling bestaat ten minste uit de therapeutische relatie met de case manager van de verpleging, psychotropische medicatie indien geschikt, sport en beroep- en kunst therapie. De theoretische basis bestaat uit bestaande kennis van klinische psychiatrie en ontwikkelingspsychologie, systeemtheorie	- Structured Clinical Interview (SCID) Psychiater - Global Assessment Scale (GAS) Stafleden - 5 subtests van de WAIS-R, List Learning	Cognitief functioneren, psychosociaal functioneren, zelfbeeld en gezinsfunctioneren	In beide groepen is er sprake van een verbetering in non-verbale en algemene cognitieve prestatie, zelfbeeld en psychosociaal functioneren. Er treedt meer verandering op in functioneren van het gezin en het zelfbeeld bij jeugdigen met depressie dan bij jeugdigen met een gedragsstoornis.

	ten met een gedragsstoornis (N=11)				geen neurologische aandoeningen. 87% van de jeugdigen heeft een suïcidepoging gedaan.		en huidige theorieën. De verblijfsduur van de depressieve jeugdigen is 157 dagen (range 46 t/m 350 dagen) en die van de jeugdigen met een gedragsstoornis 121 dagen (67 t/m 242 dagen).	Test (LLT), Memory Complaint Questionnaire (MAC-Q), Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents (OSIQ) en BDI, zelf ontwikkelde vragenlijst Jeugdigen		
Hoagwood & Cunningham (1992) Amerika	NE	1: follow-up meting (meetmoment niet vermeld)	114 (86/28)	13 5 t/m 18 tijdens eerste plaatsing	<i>Gegevens zijn in de periode 1987-1990 verzameld. Jeugdigen met dubbele diagnoses en mentale retardatie worden niet geïncludeerd.</i> Jeugdigen en adolescenten met ernstige emotionele problematiek. De belangrijkste reden voor plaatsing zijn gedrag gerelateerd (bijvoorbeeld geweld of suïcidepogingen), gezinsgerelateerd (bijvoorbeeld verwaarlozing) en school gerelateerd (bijvoorbeeld voortdurend falen op school).	36 residentiële behandelafdelingen	Aleen het aantal faciliteiten (totaal 36) en de kosten per jeugdige per maand (gemiddeld 6316 dollar en van 763 tot 15893 dollar). Inhoud behandeling wordt niet genoemd. Gemiddelde verblijfsduur is 18.2 maanden met een range van 3 tot meer dan 60 maanden.	- Dossieronderzoek - Interviews, Global Assessment of Functioning, Severity of Functioning Scale (ontwikkeld voor studie) - Speciaal onderwijs 'directors'	Functioneren op school, verbetering in algemeen functioneren en ernst van functioneren (stoornissen)	Een meerderheid (63%) van de jeugdigen verbeterd niet of minimaal, is ontslagen met een slecht resultaat of is weggelopen of heeft brand gesticht. In 25% van de gevallen worden gunstige resultaten geboekt. Een klein aantal (11%) verblijft nog steeds in een residentiële instelling, maar heeft goede vooruitgang geboekt. Er is geen verband tussen kosten en resultaten. Wel is er een verband tussen een kortere verblijfsduur en een gunstig resultaat. Jeugdigen met een gunstig resultaat vertonen ernstiger problematiek bij de opname dan jeugdigen met een ongunstig resultaat.
Holländer et al. (2000) Duitsland	PE	2: bij opname en ontslag	186 (m/v) met ontslag meting	9;4 7;2-11;7 bij opname 12;11 10;6-15;1 bij ontslag	Jeugdigen (instelling is gericht op jongens en meisjes) met psychische (niet-psychotische) stoornissen, waarbij opname door de ernst van de problematiek en door een ongunstige gezinsstructuur niet ambulantly behandeld kunnen worden. Ze verwijzen naar 2 andere studies voor een nadere omschrijving van de populatie. Niet geïncludeerd worden 'verkeerde' opnamen en de jeugdigen die binnen 7 maanden de behandeling afgebroken hebben. Vervolgens worden er nog meer jeugdigen uit de steekproef gelaten in verband met een latere voortijdige beëindiging (gemiddeld 2.5 jaar na opname). Bij de rest (N=186) is er sprake van gepland vertrek.	Residentiële faciliteit voor psychiatrische zorg met 55 plaatsen en 5 woongroepen	De gemiddelde behandelingsduur is 3;7 jaren.	- Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (MAS; soort DSM-IV) bij opname	Diagnosen bij vertrek (mate van herstel/verandering in stoornissen)	Van de totale steekproef valt 17% voor het einde van de behandeling uit. Bij de rest is er sprake van een gepland vertrek. Bij een voortijdige beëindiging van de behandeling is er een aanzienlijk lagere mate van herstel dan bij een geplande beëindiging. Bij jeugdigen met leerproblemen lijkt er sprake van een groter herstel dan bij jeugdigen zonder die problemen. Mate van herstel is in het algemeen duidelijk minder indien de tijd tussen aanvang van problematiek en verwijzing groter is. Bij jeugdigen met een gedragsstoornis of een autisme spectrum stoornis neemt de mate van herstel toe bij een langere verblijfsduur en bij jeugdigen met een internaliserende stoornis geldt juist het omgekeerde.
Hooper et al. (1990) Amerika	NE	1: follow-up meting 6, 12, 18 en 24 maanden na ontslag op een cross-sectionele wijze (1 fu per jeugdige)	111 (74/37)	15 13-16 bij opname	<i>Niet geïncludeerd: jeugdigen met een acute psychose of mentale retardatie. De jeugdigen in de steekproef hebben het voorgeschreven programma voltooid en vormen 74% van alle opnamen gedurende een 5 jarige periode.</i> Een meerderheid van de jeugdigen is blank (60%). Bij opname hebben de jeugdigen gemiddeld bijna 3 diagnoses, waarbij gedragsstoornis, ADHD, depressie en PTSS het meeste voorkomen. Bij opname heeft zo'n 85% een bepaald medicijn gebruikt en elke jeugdige heeft een variëteit aan vormen speciaal onderwijs gehad. 80% heeft een bepaald soort misbruik ervaren en ongeveer 85% is uit huis geplaatst geweest voor opname met een gemiddelde van 4 uithuisplaatsingen. Het gemiddelde IQ is 83 (test niet vermeld).	Psycho-educatief residentiële behandelcentrum	Het programma bestaat uit een dagelijkse groep van 24 jeugdigen (16 meisjes en 8 jongens). Er zijn individuele behandelplannen die in een gestructureerd milieu worden geïmplementeerd. Er is een duidelijk feedbacksysteem, vooral gebaseerd op een peergroep procesmodel dat erop gericht is om communicatie en conflictoplossing te bewerkstelligen. Ook zijn er psychoeducatieve groepen, 8-urige educatie met individuele onderwijsplannen, individuele gedragsmanagement plannen, individuele en gezinstherapie, recreatie en vrije tijd vaardigheden, exposure/ training, beroepsontwikkeling en voortdurende groeps-besprekingen. Zonodig is er farmacologische behandeling. Programmafilosofie wordt gestuurd door het re-educatie model. Gemiddelde verblijfsduur is 9-10 maanden.	- CBCL - Case managers	Succes op domeinen van aanpassing (school, mate van zorg en wettelijk toegestaan gedrag)	Bij bijna 58% van de jongeren is er sprake van presteren naar tevredenheid tijdens de 24 maanden. Bijna elke jongere scoorde naar tevredenheid op tenminste 1 domein na ontslag.
Jaffa & Stott (1999) Engeland	PE	3: opname, ontslag en follow-up 6 tot 18 maanden na ontslag Elke meting is gedaan met verschillende informatiebronnen en instrumenten	50 (X/X)	12 t/m 18	Van de aanvankelijke groep valt 4% uit in verband met een overhaast ontslag van de jeugdigen. Die worden niet in de steekproef opgenomen. Voorkomende diagnoses (ICD-10): anorexia (18%), depressieve episode (14%), manische episode (14%), ODC (6%), psychopathische persoonlijkheid (2%), pervasieve ontwikkelingsstoornis (2%), boulimia (2%).	Psychiatrische adolescenten unit	Behandeling bestaat uit medicatie, cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie, kunst therapie en een hoge mate van steun en beheersing worden toegepast tijdens het verblijf. De verblijfsduur van de jeugdigen die komen voor observatie/ diagnostiek (n=17) is 2.8 weken en de verblijfsduur van de behandelde jeugdigen (n=33) is 14.4 weken. Van de totale groep is de gemiddelde verblijfsduur 10 weken.	- Children's Global Assessment Scale (CGAS) tijdens opname en ontslag - Hulpverleners (staf) - CGAS en klinische indruk bij fu - Verwijzers - Vragenlijst bij ontslag Jeugdigen	Vooruitgang door behandeling (op basis van ernst van de psychiatrische stoornis, indruk m.b.t. verbetering van jeugdigen en staf)	Over het algemeen is de uitkomst gunstig. Een meerderheid van de jeugdigen die vooruitgang boekt tijdens de behandeling blijft hetzelfde of verbeterd ook tijdens follow-up. Jeugdigen die tijdens de behandeling niet veranderen, blijven vaak ook onveranderd tijdens follow-up. Jeugdigen zijn over het algemeen positief over hun ervaringen. Van 46 jeugdigen geeft 72% aan verbeterd, 22% hetzelfde en 6% slechter te zijn geworden. De jeugdigen in de behandelgroep vinden dat ze meer verbeteren dan de jeugdigen die er verblijven voor diagnostiek. Ten aanzien van interventies zijn jeugdigen vooral positief over het verblijf op de afdeling en de tijd met de groepsleiding.

Jansen & Feltzer (2002) Nederland	NE Drie groepen van een orthopedagogische behandelunit (n=24), een gezinsgerichte unit (n=26) en een gedrags-therapeutische unit (n=32)	1: follow-up (retrospectief)	82 (76/6)	15.9 (OBU), 14.8 (GBU) en 17.6 (RGB) 11-22 jaar bij fu	<i>Jeugdigen in een residentieel centrum voor jeugdhulpverlening. Drie afdelingen met twee doelgroepen: jongens en meisjes van 6 tot 16 jaar en jongens van 13 tot 18 jaar. Steekproef: jeugdigen die tussen aug. 1992 en sept. 1996 verbleven in OBU, tussen aug. 1992 en juli 1995 verbleven in GBU en 12 jr of ouder waren, jongens tussen sept 1991 en sept 1996 opgenomen in RGB. Bij een groot deel is sprake van externaliserende problematiek (66%) voor opname, waaronder heftige driftbuien, recalcitrantie en opstandigheid. Internaliserende problematiek (geen depressie) bij 27%. Bij 65% zijn gezinsproblemen aanleiding voor opname, waarbij vooral pedagogische onmacht van de ouders (57%) voorkomt. Toch vindt een meerderheid de relatie met de vader en moeder redelijk of goed (resp. 60% en 77%). Bij een groot deel (81%) is er sprake van eerdere ambulante hulp. Ook heeft 15% eerder semi-residentiele hulp gehad, 35% residentiele hulp en 10% pleegzorg. Ongeveer een kwart volgt speciaal onderwijs voor de opname, met name LOM en ZMOK. Plaatsing is voor de meesten vrijwillig, bij 21% is er een OTS en bij 2% een onder voogdij stelling. Een tiende van de populatie is allochtoon.</i>	Residentieel centrum voor jeugdhulpverlening (6 leefgroepen)	Drie behandelunits. Orthopedagogische behandelunit (OBU): vanuit een individueel-kindgerichte visie, gericht op verminderen van het probleemgedrag en bieden van continuïteit in opvoeding en scholing en bedoeld voor jeugdigen van 6 tot 16 jaar met gedrag- en emotionele problemen. Gezinsgerichte behandelunit (GBU): systeemgerichte benadering, ouders en andere gezinsleden nemen veelvuldig deel aan dagelijkse routines in de groep en krijgen intensieve begeleiding en zelfde doelgroep als de OBU. Residentieel gedragstherapeutische behandelunit (RGB): gebaseerd op het competentiemodel en gericht op jongen van 13 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblematiek.	- Zelf ontwikkelde vragenlijst (gebruik makend van COM-lijst en vragenlijsten Frijs en Spierts). Is factoranalyse bij uitgevoerd en interne consistentie bij bepaald. Jeugdigen Onderzoeker	Beleving van verblijf in de instelling door jeugdigen en psychosociale situatie na vertrek (gezinssituatie, gezinsrelaties, school en werk, gezondheid, hulpverleningsverleden en vertrouwen in de toekomst)	Een groot deel van de jeugdigen (61%) woont een tijd na vertrek in een gezin met één of twee biologische ouders. De rest verblijft in een residentiele instelling (24%), woont zelfstandig (13%) of in een pleeggezin (2%). Jeugdigen gaan dan naar school (70%), studeren (9%), werken (20%) of zijn werkloos (2%). Een groot deel (61%) maakt na vertrek gebruik van ambulante hulp en 40% verblijft opnieuw voor korte of langere tijd in een tehuis of internaat. De relatie met de vaderfiguur en moederfiguur wordt door de meesten als redelijk tot goed beoordeeld (resp. 78% en 83%). Twee derde vindt dat hij of zij gezond is. Jeugdigen hebben redelijk veel vertrouwen in de toekomst, hebben duidelijke doelen op lange termijn en hebben er vertrouwen in dat ze die doelen kunnen bereiken. Tussen de beoordeling van de hulp en het vertrouwen in de toekomst is een significant verband gevonden. Hoe positiever de jeugdigen over de hulp zijn, hoe groter het vertrouwen in de toekomst is.
Jansen & Oud (1993) Nederland	PE	2: bij opname en follow-up ongeveer 4 maanden na ontslag Er is bij 104 ppn sprake van een fu meting Meetmoment en zijn niet voor alle informatiebronnen gelijk	141 (72/69)	13.4 9 t/m 15 bij opname	<i>Exclusie: Jeugdigen die korter dan 2 maanden in de instelling verbleven (8%), jeugdigen in opvang- en oriëntatie groepen. Bij 25% zijn de beide ouders samen. Voor opname verblijft 55% in een gezin met twee ouders (minimaal 1 biologische ouder), 19% in een hulpverleningstehuis en 11% in een opvanggezin. De rest: in crisisopvang (6%), bij het gezin (5%), in pleeggezin (1%), jeugdpsychiatrie (1%) of zwervend (1%). Meer dan de helft (58%) heeft voor opname in een of meer tehuizen verbleven. Gezinnen hebben voor opname met gemiddeld ruim 2 ambulante instellingen te maken gehad. Etniciteit: 17% is allochtoon. De meeste allochtonen komen uit Marokko (4%), Turkije (4%) en Suriname (3%). In totaal heeft 53% geen maatregel, 36% een OTS, 6% een voorlopige OTS en 6% een ontheffing. Jeugdigen met een justitiële maatregel verschillen niet van de vrijwillig geplaatste jeugdigen. Externaliserend probleemgedrag (agressiviteit, delinquentie en hyperactiviteit) komt vaak en in sterke mate voor. Jeugdigen die korter dan 2 maanden blijven (8%) vertrekken voortijdig.</i>	10 residentiele instellingen en 2 kinder- en jeugd-psychiatrische klinieken met in totaal 61 eenheden	Verschiedende hulpverleningseenheden: leefgroepen, gedecentraliseerde leefgroepshuizen, gezinshuizen en afdelingen voor zelfstandigheidstraining. Gezinshuizen onderscheiden zich van leefgroepen door een kleiner aantal jeugdigen per groep en een kleiner aantal opvoeders. De zelfstandigheidstraining is bedoeld voor oudere jeugdigen en is gericht op ontwikkeling van praktische en sociale vaardigheden. De dagbesteding tijdens het thuisverblijf bestaat voor een derde van de 141 jeugdigen uit intern onderwijs of een intern therapeutisch dagprogramma. De meest voorkomende groeps grootte is 7, gevolgd door 6 en 5. De verblijfsduur van de jeugdigen is divers. De meesten verblijven 7 t/m 12 maanden in de instelling (24%). 2 t/m 6 maanden en langer dan 24 maanden komt ook relatief veel voor (beide 20%).	- CBCL Ouders (bij opname en fu) en groepsleiding (tijdens en na verblijf) - NPV- en de NGT (Nijmeegse Gezinsrelatie Test) tijdens en na verblijf Jeugdigen - gestandaardiseerde vragenlijst Beëindiging Thuisverblijf	Verandering in probleemgedrag (CBCL), persoonlijkheidsontwikkeling, verhouding van de jeugdige met het gezin tijdens het verblijf	Een meerderheid (53%) voltooit volgens tehuismedewerkers het verblijf niet volgens plan. Ouders vinden dat een voortijdig vertrek bij minder jeugdigen, namelijk bij 27% het geval is. Na vertrek keert 63% van de 104 jeugdigen terug naar het gezin, 19% naar een andere residentiele instelling en 6% in een pleeg- of opvanggezin. De rest gaat naar familie (5%), crisisopvang (5%), pleeggezin (4%), is dakloos (4%), gaat zelfstandig wonen (4%), komt in een opvanggezin (2%), jeugdpsychiatrie (2%) of jeugdgevangenis (1%). De dakloze jeugdigen zijn weggevoerd uit de instelling en niet naar huis of de instelling teruggekeerd. Door de ouders wordt bij 68% van de jeugdigen een afname van de problematiek waargenomen. De groepsleiding vindt dat er minder of geen afname in de problemen bij de jeugdigen is en constateert een lichte verslechtering bij voortijdige vertrekkers. Jeugdigen geven aan zich minder ongelukkig te voelen, meer doorzettingsvermogen en zelfvertrouwen te hebben en minder beïnvloedbaar te zijn. Het oppositionele gedrag en de gezinsrelaties zijn volgens de jongeren niet veranderd.
Joshi & Rosenberg (1997) Amerika	PE	5: bij opname (2 weken erna), 2 maanden en 5 maanden, 12 maanden en dan 18 maanden na opname	38 (29/9)	10	Primaire diagnoses (DSM): gedragsstoornis (26%), stemmingsstoornis (29%), oppositionele gedragsstoornis (13%), angststoornis (11%), pervasieve ontwikkelingsstoornis (13%), aanpassingsstoornis (5%) en schizofrenie (3%). Veel jeugdigen hebben daarnaast een leerstoornis. Gemiddeld IQ van 91 (WISC-R)	Residentieel behandelcentrum met kleine 'cottage' units met in totaal 2 groepsleiders	Naast het therapeutische milieu en het gedragsmanagement systeem: combinaties van kunsttherapie, farmacotherapie en hulpverlening op het gebied van spraak en taal. Een meerderheid gaat op het terrein naar school (n=36) en de rest (n=2) gaat naar een school met speciaal onderwijs in de buurt. Gemiddelde verblijfsduur: 22.5 maanden met een range van 7 tot 43 maanden.	- CBCL Ouders en docenten	Verandering in probleemgedrag (CBCL)	De groep met meeste sociale problemen (met oppositioneel, afwijkend gedrag of symptomen van een gedragsstoornis) heeft nog steeds een klinische score op de CBCL na verblijf van 12 maanden in de instelling.
Katsiyani et al. (2004) Amerika	NE	Retrospectief Vergelijking recidivisten en niet-recidivisten	299 (299/0)	16.2 12.8-18.8 bij opname	Vaakst voorkomende redenen voor opsluiting: diefstal (29%), mishandeling (17%), inbraak (12%), auto diefstal (8%), criminele activiteiten (8%) en drugsbezit (5%). Gemiddeld IQ (WISC-R) 96.	Rehabilitatie- en behandelcentrum (ingesloten jongeren)	Primaire behandeling is de 'Positive Peer Culture' (PPC), peer groep programma waarbij gebruik wordt gemaakt van de positieve invloed van peers. Onderdelen: psychologische/sociale diensten, behandeling gericht op drugs en alcoholgebruik, seksuele trauma's, onderwijs, recreatie, gemeenschappelijke diensten, beroepskeuze training en sociale vaardigheidstraining. Gemiddelde verblijfsduur: 143 dagen met een range van 124 t/m 153 dagen.	- Adolescent Drinking Index (ADI), Reynolds Adolescents Depression Scale (RADS), Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) en Personality Research Form (PRF) bij opname Jeugdigen - Dossiers van de jeugdigen bij fu	Recidive	Het lijkt erop dat recidivisten minder cognitieve structureren hebben dan niet-recidivisten. Opleiding lijkt recidive niet te voorspellen. Recidivisten hebben de neiging om minder hoog te scoren op depressie dan niet-recidivisten.
Katz et al. (2004) Canada	QE	3: opname, ontslag en follow-up na 1 jaar	62 (10/52)	15.4 14 - 17	<i>Exclusie bij: mentale retardatie, psychosen, bipolaire affectieve stoornis of ernstige leerproblemen. De doelgroep bestaat uit jeugdigen met suïcide pogingen of suïcidale gedachten. Etniciteit: 73% is blank, 2% Latino, 5% Asian/Pacific Islander, 19%</i>	2 psychiatrische intramurale units	Dialectisch gedragstherapie (DBT) programma omvat 2 weken durend intramuraal programma en 10 dagelijkse vaardigheidstraining sessies. Ook krijgen jeugdigen 2 keer per week DBT	- Kazdin Hopelessness Scale for Children (KHS) bijvoor- en nameting, Reynolds' Suïcidal Ideation Questionnaire	Mate van depressie (BDI), suïcidale gedachten (SIQ), (para)suïcidaal gedrag, bezoek aan	Er is bij beide groepen een symptomatische verbetering op het moment van ontslag. Jeugdigen in DBT hebben significant minder incidenten tijdens de opname in vergelijking met de traditionele behandelgroep. Bij beide groepen

	therapie (experimenter-tele groep) en 1 met traditionele therapie (controle-groep)				First Nations Populations, geen African American en 2% anders.		psychotherapie en nemen ze deel aan een DBT milieu. Het traditionele programma omvat dagelijkse psychodynamische psychotherapie groep, individuele psychodynamische psychotherapie tenminste 1 keer per week en een psychodynamisch georiënteerd milieu. Beide groepen krijgen zonnodig medicatie. De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis is bij beide groepen 18 dagen.	(SIQ) en BDI bij voor-, na- en fu meting Jeugdigen - Ziekenhuis dossiers bij fu - Telefonisch contact bij fu Ouders	EHBO, aantal heropnames in het ziekenhuis in het jaar na vertrek, trouw zijn aan aanbevelen behandeling na ontslag	is er een significante afname in parasuïcidaal gedrag, depressieve symptomen en suïcidale gedachten na 1 jaar.
King et al. (1997) Amerika	NE	1: follow-up 6 tot 8 maanden na ontslag Voor deelname aan fu krijgen jeugdigen en ouders 25 dollar	89 (37/52)	15.3	Voor komende diagnoses (DSM-III-R): depressie (64%), bipolaire stoornis (5,6%), dysthymie (20%), alcoholmisbruik (19%), middelennisbruik (16%), gedragsstoornis (26%), ADHD (17%), ODD (17%), sociale fobie (15%), gegeneraliseerde angststoornis (12%), eetstoornis (11%), separatie angststoornis (7%) en PTSS (8%). Co-morbiditeit komt veel voor. Etniciteit: blank (89%), African-American (8%) en een mengeling van afkomst (3%). Een meerderheid heeft een geschiedenis van suïcidale gedachten of pogingen (74%).	Psychiatrische kliniek	De gemiddelde verblijfsduur is 23 dagen.	- DISC, Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS), Suïcidal Questionnaire-Junior (SIQ-Jr), General Functioning subschaal van de Family Assessment Device (FAD) bij opname Jeugdigen - Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA), SCL-90, Social Adjustment Scale-Self Report form (SAS-SR) bij opname Ouders - Telefonische interviews tijdens fu Ouders en jeugdigen.	Mate van depressie, veranderingen in leefsituatie, heropnames, suïcidepogingen, functioneren met leeftijdgenoten en in vrije tijd, voltooiing van de behandeling	Ernst van depressie bij aanvang, ouder/gezinsfactoren en medicatie zijn significante voorspellers van de ernst van depressie na behandeling. Bij 84% wordt medicatie aanbevolen, bij 98% individuele therapie en bij 94% gezinstherapie. Bij 68% is er sprake van een voltooiing (follow-through) van de behandeling met medicatie, bij 20% en 13% enigszins. Bij individuele therapie is er bij 48% een voltooiing, bij 37% een gedeeltelijk en bij 15% geen voortzetting. De voltooiing is bij gezinstherapie het laagst: 36% voltooit het, 33% gedeeltelijk en 31% niet.
Kjelsberg (1999) Noorwegen	NE	2 groepen: levenslange delinquenten met criminele activiteiten na 21 jaar (N=351) en adolescentie gelimiteerde delinquenten (N=130)	481 (328/153)	15 bij eerste opname 38.8 bij follow-up	In 59% van de gevallen is er sprake van meer dan 1 stoornis (DSM-IV). Psychoactieve middelen misbruik komt het vaak voor bij co-morbiditeit (45%). Er is bij 73% sprake van een disruptieve gedragsstoornis, waarvan 45% gepaard gaat met psychoactieve middelen misbruik.	Psychiatrische klinieken	Ontbreekt	- Justitiële dossiers	Crimineel gedrag (activiteiten)	Bij 80% van de mannen en 59% van de vrouwen is er sprake van een levenslange criminele activiteit. Bij vrouwen zijn intraveneus drugsgebruik en ontslag naar een andere plaats dan naar het gezin thuis significante voorspellers van levenslange criminaliteit. Bij mannen zijn dat: een groot aantal criteria voor een gedragsstoornis, comorbiditeit met psychoactief middelennisbruik en het verblijf in een justitiële school.
**Klingspor n et al. (1990) Amerika	NE	10 groepen: 1 groep die behandeling voltooit (N=385/65%) en 9 groepen die dat niet doen	592 (592/0) met fu	15.3 bij inschrijving	<i>Selectie van de steekproef: jongens die het meeste baat hebben bij de behandeling a.d.h.v. dossieronderzoek.</i> Meest voorkomende diagnose is crimineel gedrag (34%) of opgenomen in verband met niet veroordeeld vergelijkbaar gedrag. Gemiddeld IQ is 106 en geen enkel IQ onder de 80 (test onbekend). Redenen van vertrek bij de groepen die behandeling niet voltooiën (35%): 1) chronische problemen (10%), 2) acute problemen (7%), 3) geschorst van school (4%), 4) weglopen (4%), 5) weggehaald door ouders (3%), 6) opname in gevangenis (3%), 7) drastisch acuut wangedrag (2%), 8) negatief leiderschap (2%) en 9) weggehaald door anderen (1%).	Residentiele voorziening bestaande uit 3 units (max 26 jongens per unit, relatief open, vroege interventie, secundaire en tertiaire preventie)	Behandeling bestaat uit: milieu, individuele, groep en gezinstherapie en kan bijvoorbeeld 'reality' therapie en psychodrama bevatten. Behandelingen worden gebruikt en voortgang in expliciete doelen worden daarmee geëvalueerd. Dagen zijn gestructureerd, interactie met leefomgeving (school buiten instelling). Per unit zijn er 11 fulltime stafmedewerkers.	- Interview bij fu Ouders	Mate van gesocialiseerde coping (op basis van recidive, drankgebruik, middelengebruik, legale problemen, beroepsmatig functioneren, functioneren van het gezin en emotioneel functioneren)	De jongens die de behandeling voltooiën doen het tijdens de follow-up beter dan alle andere groepen, behalve dan de groep jongens die door de ouders uit de behandeling wordt gehaald.
Kok et al. (1991) Nederland	QE	Vergelijking -groepen: 8 leefgroepen met 2 methodieken Selectie criteria doelgroepen en groepsleiding 3 condities:	X (X/X)	10 t/m 18	<i>Jeugdigen in het RGP zijn 13 tot ongeveer 17 jaar. De groep jeugdigen wordt niet expliciet beschreven in de studie. Wel inclusie criteria (o.a.): geen overheersende drugs- of alcoholproblematiek, normaal begaafd, aantal bewoners in een groep van 7 tot 10, percentage jongens hoger dan 60% en internaat moet gelegen zijn in een middelgrote stad.</i> Ook criteria ten aanzien van de vergelijkingsgroepen. Wel worden jeugdigen in de drie condities met elkaar vergeleken. Dan komt naar voren dat jeugdigen uit andere programma's ernstiger problematiek vertonen dan jeugdigen uit het RGP en de individueel gerichte leefgroepen.	Residentieel gedragstherapeutisch programma (RGP) bij 2 leefgroepen, 5 individueel gerichte leefgroepen en 3 groepen met een andere programmatische methodiek	<i>Kenmerken van de behandeling worden zoveel mogelijk gelijk gehouden. De condities worden met elkaar vergeleken wat betreft inhoudelijke aspecten van de programma's.</i> Doel van het RGP is het leren van vaardigheden aan jeugdigen zodat ze de taken waarvoor de nu en in de toekomst gesteld worden op een adequate wijze kunnen vervullen. Het programma is theoretisch gezien een uitwerking van het taakvaardigheidsmodel en gebaseerd op (leertheoretische) uitgangspunten zoals de gedragstherapie. Er is een samenhang tussen het methodisch handelen, de organisatie-	- Semantische differentiaal van de Amersfoortse Testcombinatie (ATC-SD) en combi Helper Haven Attitude Scale met Leefgroep-klimaat-schaal (HASJ/LKS) Jeugdigen - Jongeren Informatie Lijst (JIL) bij opname, ontslag en fu, Sociale Vaardigheden	Algemene aanpassing (algehele functioneren), politiecontacten, gedragsmogelijkheden, toekomstspaties, niveau van sociale vaardigheden, psychosociale situatie, zelfbeeld van de jeugdigen, toekomstspaties, problemen in de leefgroep/ thuis, dagbesteding aan werk/ school, alcohol-	Jeugdigen in het RGP vertonen een significante vooruitgang in functioneren in vergelijking met jongeren die een individueel gericht programma volgen. Het effect van RGP op sociale vaardigheden is onduidelijk. Zelfbeeld gaat er gedurende de RGP behandeling significant op vooruit in vergelijking met de controlecondities. Er is gemiddeld een grotere afname in probleemgedrag, een grotere toename van sociale vaardigheden en minder drank- en drugsgebruik dan bij controlegroepen. Bij jeugdigen in de RGP groep is er een significant negatievere houding ten aanzien van het regime die gedurende het onderzoek in gunstige zin veranderd. Het vertrek

	RG, individueel gerichte en andere behandeling					opzet en de fysieke omgeving. Door middel van dagelijkse routine worden leersituaties gecreëerd waarin jeugdigen vaardigheden kunnen leren. Trainingen in programma: introductietraining, managertraining en vertrektraining. Ondersteuning: individuele gedragstherapie, groepsmatige gedragstherapie en ouderbegeleiding (individuele cursus, begeleiding en/of contacten). Ook begeleiding van groepsleiding (met meest omvangrijke taak). De verblijfsduur in RGB is gemiddeld 332 dagen. Bij de andere groepen is dat 444 dagen (individueel) en 381 dagen (ander).	Vragenlijst (SOSVAR), Helper Haven Arbeidsatisfactie Schaal voor Personeel (HASP) aangepaste versie Hulpverleners	en drugsgebruik, houding t.a.v. verblijf, positieve/negatieve redenen vertrek, situatie na vertrek	is bij de RGB groep bij 63% positief en bij 28% negatief. In de individuele en andere condities is respectievelijk 52% en 38% van de jeugdigen om positieve redenen en respectievelijk 48% en 32% om negatieve redenen vertrokken.	
* ** Kolko et al. (1990) Amerika	QE 2 groepen: sociaal-cognitieve vaardigheidstraining (VTG) groep en sociale activiteiten groep (SAG) matching van de ppp vooraf	3: 10 dagen na opname, 1 week na de training en follow-up na een jaar. Interval voor nameting is ongeveer 6 weken	56 (38/18) 36 VTG en 20 SAG 16 VTG en 6 SAG met fu	10.4	Opname in verband met agressie, depressie of slechte gezinscondities. Primaire diagnoses (DSM-III): gedragsstoornis of ADHD (60%) en 32% heeft beide stoornissen, ontwikkelingsstoornis (73%). Iets meer dan de helft (57%) komt uit een 1 ouder gezin, 11% woont bij beide ouders. Het gemiddelde IQ is 87 (WISC-R).	Psychiatrische afdeling voor jeugdigen met 24 plaatsen	Alle jeugdigen krijgen groepsbehandeling en token economy (puntsysteem). Medicatie bij 58% van de VTG groep en 50% van de SAG groep tenminste één keer tijdens de studie. Bij 17% (VTG) en 10% (SAG) is er de hele tijd sprake van medicatie tijdens de studie. Voor de studie krijgen de trainers allemaal een training. Behandelingstrategie wordt tijdens elke sessie bijgehouden. De VTG heeft een ontwikkelingspecialist en een psychiatrisch verpleegkundige als trainers en de SAG een psychiatrische verpleegkundige en een psychiater in opleiding. Beide groepen: 1 sessie per week. VTG: groepen van 4-5 jeugdigen, totaal 15 sessies van een uur, blootstelling aan instructionele concepten en therapeutische technieken. Opbouw sessies besproken. SAG: 5-7 jeugdigen, gemiddeld 15 sessies (13-18). Gebaseerd op groepstherapie, speelgroepen en groepsactiviteiten. Sessies worden beschreven.	- Children's Assertiveness Inventory-Modified (CAI-M), Loneliness Scale for Children-Modified (LNS-M) bij pre- en postmeting Jeugdigen - Social Problems Screen (SPS), Sociometric Ratings (SR) - Staf en docenten - Peer Nomination (PN) - Leefijdgenoten - 15 rollenspele - Observatoren - Gedragsobservaties	Sociale vaardigheden, sociale competentie, sociale problemen, relaties met leeftijdgenoten, eenzaamheid	Er is sprake van een significant grotere verbetering bij jeugdigen van voor tot na de vaardigheidstraining (VTG) in de mate van zelfgerapporteerde eenzaamheid, sociale problemen volgens de staf, sociale competentie bij rollenspele en observaties van sociale vaardigheden tijdens interacties in vrije tijd in vergelijking met jeugdigen die in de sociale activiteiten groep zitten. Alleen de jeugdigen in de vaardigheidstraining groep verbeteren op het gebied van sociale vaardigheden.
Kolko (1992) Amerika	NE	2 (per kind): Bij opname (retrospectief) en follow-up 2 (n=21), 4 (n=24) of 6 maanden (n=20) na ontslag. Willekeurige toewijzing van de jeugdigen aan 1 van de 3 follow-ups	65 (51/14) 82e (68/14) 57c (40/17)	9.7 bij opname	Primaire diagnoses (DSM-III): gedragsstoornissen (26%), ADHD (26%), depressie (15%), ODD (14%), angststoornissen (6%), aanpassingsstoornis (3%) en anders (9%). Er is bij 68% sprake van co-morbiditeit, primair met een gedragsstoornis (22%) en ADHD (17%). Over het geheel heeft 48% een gedragsstoornis en 43% ADHD. Gemiddeld IQ is 95 (WISC-R). Etniciteit: 57% is blank, en 43% is African-American. Een groot deel (82%) leeft voor opname bij tenminste één biologische ouder en de rest bij pleegouders, een andere gezin of in een groepstehuis.	Intramurale psychiatrische unit met 24 plaatsen voor acute zorg	Puntensysteem en behandelgroepen 3 x per week bij alle jeugdigen. Behandelgroepen zijn gericht op 1) sociaal-cognitieve vaardigheden en 2) socialisatie door het gebruik van sociale activiteiten. Individuele behandeling: medicatie bij meer dan de helft van de jeugdigen, cognitieve gedragmatige vaardigheidstraining, gespecialiseerd voorschou programma, bezoek aan een consultant bij individuele problematiek of medische behandeling. Gezinstherapie: wekelijks en bij sommigen aangevuld met oudertraining. Gemiddelde opnameduur van de jeugdigen is 49 dagen (3 tot 101 dagen)	- Medisch dossier - Onderzoeksassistenten - Telefonisch interview met vragenlijst over verbetering jeugdige, aanpassing jeugdige, tevredenheid en Parent Daily Report (PDR) bij fu Ouders	Tevredenheid van ouders, aanpassing van het kind m.b.t. kritische rollen of domeinen, disfunctioneren van het kind (gedrag), algehele mate van verbetering, betrokkenheid in nazorg	Weinig verbetering bij een kind is te voorspellen door ADHD en depressieve symptomen, oudere leeftijd, neurologisch disfunctioneren en een geschiedenis van lichamelijk misbruik. Jeugdigen waarbij sprake is van meer verbetering hebben een succesvoller aanpassing in een aantal sociale rollen en vertonen minder probleemgedrag. Ondanks dat nazorg in dezelfde vorm als tijdens de behandeling wordt geadviseerd (bijvoorbeeld medicatie en gezinstherapie), is het gebruikelijker om individuele therapie (69%) en plaatsing op een school (55%) als nazorg te gebruiken. Medicatie wordt bij 61% als nazorg toegepast en bij 14% groepstherapie. Gezinstherapie wordt bij 57% toegepast en het trainen van ouders bij 27%.
Landsman et al. (2001) Amerika	QE 2 groepen: Experimentele groep (n=82) en een controle groep (n=57) Toewijzing op basis van de provincie van herkomst	4: 1 maand na opname, 6, 12 en 18 maanden na opname en alle contactmomenten van ouders met kinderen	139 (108/31) 82e (68/14) 57c (40/17)	10 4.7-14 bij opname	<i>De groepen worden van tevoren vergeleken.</i> In beide groepen is een meerderheid van het mannelijke geslacht (83% van de REPARE groep en 70% van de vergelijkingsgroep). Etniciteit: in beide groepen is 84% is blank en 2% Hispanic. Verder is in de REPARE en vergelijkingsgroep respectievelijk 9% en 11% African American, 0% en 2% American Indian en 5% en 2% van andere afkomst. Ongeveer 40% heeft eerdere gezinsgerichte zorg ontvangen. Een meerderheid van jeugdigen in beide groepen (78% in de REPARE en 95% in de vergelijkingsgroep) heeft tenminste 1 uithuisplaatsing meegemaakt voor opname. Bij de vergelijkingsgroep komt dat significant vaker voor en ook het aantal eerdere plaatsingen is in die groep significant groter. Het voornaamste doel is hereniging met het gezin (86% van de REPARE en 59% van de controle groep).	Gezinsgerichte residentiële behandeling (REPARE) en een 'standaard' residentieel behandelprogramma	Inhoud REPARE behandeling: o.a. probleem oplossende vaardigheidstraining voor ouders en gericht op groepsleiding-ouderrelatie. Inhoud 'standaard' residentieel behandel programma (vergelijkingsgroep): individuele en groepstherapie, gedragsmanagement en opleidingsgerichte, psychiatrische, medische en recreatieve hulp voor gemiddeld 18 maanden. REPARE behandeling is zowel op het kind als de ouders gericht en het standaardprogramma alleen op het kind. De verblijfsduur van de jeugdigen in de REPARE groep is korter dan van de controlegroep. Theoretische onderbouwing: empowerment, ecologische theorie, gezinsontwikkeling en 'community development'.	- CBCL Ouders en groepsleiding - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II) Ouders, jeugdigen en broers/ zussen - Child Well-Being Scales-Parental Disposition Subscale Gezinstherapeut - Social Network Map Ouders	Aanpassingsvermogen en cohesie van het gezin, ouderlijke dispositie ten aanzien van het kind, sociale steun, gedragsproblemen van het kind volgens leiding en ouders en mate van stabiliteit in verblijfplaats na vertrek (o.a. op basis van plaats waar jeugdigen naar worden geplaatst na vertrek)	Jeugdigen in de REPARE groep worden significant vaker naar huis geplaatst na ontslag dan de vergelijkingsgroep. Jeugdigen in de controle groep worden significant vaker in groepszorg of langdurige pleegzorg geplaatst. Er is bij de behandelgroep (bij 57%) meer stabiliteit in verblijfplaats na ontslag dan bij de controle groep (bij 38%). Het REPARE programma is succesvoller dan het traditionele programma in het bereiken van een stabiele uitkomst in de tijd. De resultaten wijzen op een toename in contact met het gezin en een reductie van de verblijfsduur bij jeugdigen in REPARE behandeling.
Larzelere et al. (2001) Amerika	PE	3: opname, ontslag en follow-up gemiddeld 10 maanden na ontslag met	43 (21/22) 28 met fu	13 6-17 bij opname	Primaire diagnoses bij de 43 jeugdigen zijn: depressie (51%), 'disruptive disorders' (21%), aanpassingsstoornis (9%), PTSS (9%), ADHD (7%), schizo-affectieve stoornis (2%). Er is bij veel sprake van meerdere diagnoses. Etniciteit: 72% is blank, 26% van negroïde afkomst en 2% is Native American. Er is	Residentieel behandelcentrum	Behandeling bestaat uit individuele en groepstherapie, psychotherapie voor het gezin, speciaal onderwijs, medicatie en een behandelplan ontwikkeld door een multidisciplinair team. Minimaal wekelijkse bijeenkomsten met een psychiater, zo	- CBCL bij opname, ontslag en fu Ouders/ primaire verzorgers of therapeut - Children's Global Assessment Scale (C-	Gedragproblemen (CBCL), functioneren van jeugdigen, tevredenheid jeugdigen, situatie na ontslag (school/werk, nazorg,	Gedragsproblemen zijn afgenomen, waaronder delinquent en externaliserend gedrag. Tijdens de follow-up blijft die verbetering behouden. Het algehele functioneren verbeterd van de opname tot ontslag. Na ontslag gaan de meeste jeugdigen naar een minder restrictieve setting. Bij 9% is er

		een range van 6 tot 21 maanden			gemiddeld sprake van 4 verschillende plaatsingen tijdens de 6 maanden voor plaatsing in het residentiële centrum.		mogelijk wekelijks psychotherapie voor het gezin en dagelijks onderwijs. Jeugdigen oefenen sociale vaardigheden en zelfcontrole strategieën in de dagelijkse interacties met de groepsleiding. De staf-jeugd verhouding is overdag 1 op 2.5 en 's nachts 1 op 6. Tijdens de behandeling is er sprake van ontslag planning inclusief nazorg door mogelijk gezinsleden te betrekken en vertegenwoordigers van de gemeenschap. Psychoeducatief behandelmodel: cognitief-gedragsmatige en educationele behandelcomponenten. Ook het Teaching Family Model wordt gebruikt als basis. De gemiddelde verblijfsduur is 181 dagen (18 tot 505 dagen).	GAS) bij opname en ontslag. Restrictiveness of Living Environments Scale (ROLES) Dossier - Youth Satisfaction Survey vlak voor ontslag Jeugdigen - Interview bij fu Primaire verzorger	kwaliteit van leven)	na ontslag sprake van verplaatsing naar een restrictievere setting. Verder is er een verbetering in de stabiliteit van de verblijfsplaats: in de 6 maanden voor opname zijn er gemiddeld 3 plaatsingsveranderingen en 6 maanden na ontslag zijn dat er gemiddeld 0.5. Jeugdigen zijn over het algemeen tevreden. Een groot deel gaat naar school (89%) of werkt (7%). Er is bij een meerderheid (86%) sprake van een extramurale behandeling na ontslag (nazorg), waaronder individuele behandeling (83%) en medicatie (46%). De kwaliteit van leven van de jeugdigen wordt door de primaire verzorgers bij 76% van de jeugdigen beter gevonden en bij 8% slechter.
*Lehmkuhl & Lehmkuhl (1992) Duitsland	PE 3 groepen met verschillende vormen van groeps-therapie	5: zelfbeoordeling in 1e, 4e en 8e week na aanvang van de groeps-therapie en beoordeling door anderen voor en na de therapie	30 (X/X)	X 15 tot 18	De meeste jeugdigen zijn wegens neurotische aandoeningen opgenomen (60%). Verder: psychosen (2%) en externaliserende stoornissen (2%).	Intramurale groeps-psychotherapie	Sessies worden door 2 therapeuten geleid en is gericht op angsten, onzekerheid, afreageren van conflicten en agressie. Drie therapie groepen: 1 groep met wekelijks 2 groepstherapie sessies gevolgd door video-feedback en 2 groepen met respectievelijk 1 en 2 groepssessies per week zonder video. Groepen van 10 jeugdigen.	- Vragenlijst m.b.t. beoordeling van groepsprocessen Jeugdigen - PSKB 2 onafhankelijke beoordelaars	Gedrag en symptomen	Er is tussen de 1e en 4e week na het begin van de groepstherapie sprake van een significant effect in alle drie groepen. Van de 4e tot 8e week wordt er geen significante verandering gevonden. Dat wijst op een begrenzing in de mate van verbetering wat betreft de behandelingsduur. De behandeling met video wordt als significant doeltreffender ervaren dan de twee groepen zonder videofeedback. De groep met een intensievere frequentie wordt als hulpvoller ervaren. Er is na de behandeling een significante verbetering in symptomen bij alle groepen.
Leichtman et al. (2001) Amerika	PE	3: opname en follow-up 3 en 12 maanden na ontslag	123 (65/58)	14.8 11-18 bij opname	<i>Er worden een aantal jeugdigen niet opgenomen in de behandeling: jeugdigen met een licht verstandelijke handicap ('borderline retarded range') of 'erger', een neurologische stoornis, een chronisch psychotische stoornis en het niet hebben van familie of een andere verblijfsplaats voor de terugkeer. De groep die meedoet in het onderzoek heeft ouders die toestemming hebben gegeven en heeft gegevens van tenminste 2 meetmomenten. Geen verschillen tussen de wel en niet deelnemende groep. Meest voorkomende diagnoses (DSM-IV): persoonlijkheidsstoornissen (31%), affectieve stoornissen (22%), psychotische stoornissen (10%). Er is bij de meeste jeugdigen sprake van comorbiditeit met een gemiddelde van 4.7 diagnoses. Etniciteit: de meeste jeugdigen zijn blank (87%) en andere etnische groepen komen weinig voor. Eerdere behandeling: individuele therapie (91%), medicatie (78%), eerdere opname (93%), 3 keer of vaker opgenomen (36%), residentiële behandeling (18%), groepstherapie (13%) en verblijf in een justitiële instelling (12%). Typische verblijfsduur is 3 tot 4 maanden, gemiddeld 163 dagen (range 35 tot 867 dagen).</i>	Intensieve kortdurende residentiële behandeling (Menninger residentieel behandelprogramma)	Het is intensieve behandeling, omdat het in tegenstelling tot veel andere residentiële programma's verrijkt psychiatische behandeling biedt. Inhoud standaard hulpverlening: farmacotherapie, groepstherapie, gezinstherapie. Er is een gestructureerd milieu met duidelijke regels en verwachtingen. Dagelijkse groepsgerichte behandeling gericht op individuele problemen van jeugdigen en de onderlinge relaties en er zijn speciale groepen gericht op 'living skills' e.d. School is op het terrein zelf, maar jeugdigen kunnen ook naar school daarbuiten. Ook zijn er recreatieve en activiteitenprogramma's. Daarnaast is er zorg afgestemd op problematiek: verslavingsproblematiek, eetstoornissen, traumatische stoornissen. Onderliggend theoretisch model: interpersoonlijk psychodynamisch en cognitief gedragstherapeutische, gezinssystematische en psycho-educationele concepten.	- CBCL, Youth Self Report (YSR) bij opname en 2 fu's Ouders, jeugdigen - Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) Interviewers - Children's Global Assessment Scale (CGAS)	Symptomen (CBCL) en functioneren (o.a. op basis van domeinen: school/werk, thuis, gemeenschap, gedrag t.a.v. anderen, stemming/emoties, zelfbeschadiging, middelen gebruik en denken)	Er is volgens de ouders en jeugdigen sprake van verbetering in de symptomen van opname tot drie maanden na ontslag. Het functioneren verbetert ook en ook na ontslag blijft er sprake van een verbetering.
Leve & Chamberlain (2005) Amerika	QE 2 groepen MTFC pleegzorg (p-groep) en groepszorg (g-groep) Willekeurige toewijzing van jeugdigen aan de 2 groepen	6: bij plaatsing en 3, 6, 12, 18 en 24 maanden na plaatsing	153 (72/81)	14.9 12 t/m 17 m: 14.4 12 t/m 17 v: 15.3 13 t/m 17 bij opname	<i>Zelfde opzet als in de studie van Chamberlain & Reid (1998). In de studie worden gegevens van jongens en meisjes uit eerder onderzoek gecombineerd. De jeugdigen zijn gedurende de periode 1991-2002 verwezen. Een groot deel van zowel de jongens als meisjes is blank (respectievelijk 83 en 74%) en een meerderheid van de rest is African-America, Hispanic of American Indian. De jongens hebben gemiddeld 14 eerdere criminele verwijzingen voor opname en de meisjes 12. Een meerderheid van zowel jongens als meisjes komt uit een 1 ouder gezin (respectievelijk 56 en 68%). Het inkomen van de ouders is minder dan 10000 dollar per jaar bij 37% van de jongens en 32% van de meisjes. De groepen verschillen niet wat betreft de demografische kenmerken.</i>	Multidimensionele therapeutische pleegzorg (MTFC) en groepzorg bestaand uit 19 verschillende programma's	De pleegzorg is gebaseerd op sociale leerprincipes. Pleegouders worden van tevoren 20 uur getraind. Tijdens de zorg is er supervisie voor de ouders. Het bestaat uit wekelijkse individuele therapie gericht op vaardigheden en gezinstherapie waaraan ouders deelnemen. De groepprogramma's hebben 2 tot 52 jeugdigen als bewoner en gebruiken het vaakst cognitief gedragsmatig en 'positive peer culture' benaderingen. Ze bieden groeps- en individuele therapie voor de jeugdigen. Er is een variabiliteit in de intensiteit van de geboden zorg. De groepszorg heeft een duur van 3 t/m 610 dagen en de pleegzorg een duur van 8 t/m 718 dagen. De gemiddelde verblijfsduur van jongens is 218 dagen en van meisjes 174 dagen.	- Describing Friends Questionnaire (DFQ) 12 maanden na plaatsing Jeugdigen - 1 item van de CBCL en 1 item van de Overt-Covert Aggression Questionnaire (OCAQ) 12 maanden na plaatsing Ouders - Interviews Ouders en jeugdigen	Omgang (associëren) met delinquentie leeftijdgenoten 12 maanden na plaatsing	Na 12 maanden hebben jeugdigen in de pleegzorg minder associaties met delinquentie leeftijdgenoten dan de jeugdigen in groepszorg. Er is bij jeugdigen in beide groepen sprake van een afname in associatie met delinquentie leeftijdgenoten na de behandeling. Na ontslag wordt 56% herenigd met de biologische ouders of familie, gaat 23% zelfstandig wonen, keert 15% terug naar justitiële instellingen en blijft 6% in een bepaald type behandelsetting.
Little with Kelly (1995) Engeland	NE Beschrijvend	1: moment van vertrek	60	10 t/m 19 op het moment van	Een groep van jeugdigen die tussen 1986 en 1990 zijn vertrokken uit de instelling worden beschreven.	Specialistische psychotherapeutische residentiële setting (Caldecott)	Er wordt een afdeling (Woodside) binnen de instelling beschreven die typisch zou zijn voor de hele instelling. Doelstellingen zijn: het voorzien in een veilige en ondersteunende omgeving (door middel van stafcohesie,	Nvt	Situatie bij vertrek op basis van het gedrag, de mate van uitval e.d.	Na vertrek vertonen jeugdigen nog problemen, namelijk 40% van de jongens en 31% van de meisjes. Bij 39% is er sprake van een gepland vertrek. En bij 11% van de jeugdigen is een vooruitgang aanwezig, waardoor terugkeer

				vertrek			controle en aandacht voor individuele behoeften) voor het kind dat het proces van 'disclosure' bevordert en de vooruitgang in de opleiding van het kind. In toenemende mate wordt ook meer prioriteit gegeven aan werken met het gezin. Er is een school op het terrein die gedifferentieerd is op basis van de taak en vaardigheden van de jeugdigen. De auteurs vinden af aan welke 'voorwaarden' voor goede zorg de instelling voldoet (p. 118). Er blijkt een 'turnover' van staf van ongeveer 35% tot 40% te zijn per jaar.			volgens de onderwijs autoriteiten naar de hoofdstroom of een speciale dagschool mogelijk is. Bij de rest (61%) is het vertrek voortijdig. Bij voortijdig vertrek is het vooral de jeugdige die het vertrek veroorzaakt (19%): terug willen keren naar huis komt het vaakst voor. Bij 13% is het tehuis de oorzaak: een onhandelbare jeugdige is dan vaak de reden. Het gezin (13%) noemt vaak het onvermogen om met de scheiding om te gaan als reden. Bij 6% is de sociale dienst de oorzaak en dan is er vaak ontevredenheid met de vooruitgang.
Lundy et al. (1993) Amerika	NE 2 groepen: mannen met en zonder strafblad. Steekproef wordt willekeurig geselecteerd uit een database	2: nameting en follow-up (retrospectief)	170 (138/32)	9.6 bij ontslag	<i>Jeugdigen worden uit een database gehaald met gegevens van alle jeugdigen die opgenomen zijn in het psychiatrische ziekenhuis tussen 1970 en 1982. Selectie criteria: maximum leeftijd van 12 jaar bij ontslag en minimum leeftijd van 18 jaar tijdens de follow-up. Jeugdigen met een verstandelijke handicap (IQ<70) worden systematisch geëxcludeerd. Van de proefpersonen hebben 23 mannen een 'volwassenen' strafblad. Een grote groep van 115 mannen vormt de controlegroep die geen strafblad heeft. Diagnostische classificatie (ICD-9) van de 170 individuen: gedragsstoornis (32%), ADHD (27%), divers (13%), emotie stoornis (11%), aanpassingsstoornis (11%), en organische stoornis (6%).</i>	Psychiatrisch ziekenhuis	Ontbreekt	Nvt	Slecht resultaat in termen van crimineel gedrag als volwassene (gevangen zitten als volwassene)	Gewelddadig gedrag tijdens de jeugd en criminaliteit gepleegd door een biologische ouder voorspellen verblijf in een gevangenis als volwassene. Diagnosen zijn niet gerelateerd aan de uitkomst. Opname in een psychiatrische instelling is een risicofactor voor psychiatrische problematiek als volwassene, inclusief 'sociopathie'.
Lyons & Schaefer (2000) Amerika	NE Steekproef is willekeurig getrokken	Retrospectief	392 (204/188)	12.4 3.3-18.5 Meetmoment niet vermeld	Een groot deel van de jeugdigen is blank of 'African American' (meer dan 80%). Er is sprake van een gevaarlijk verleden indien de jeugdigen in de 30 dagen voor opname geen gewelddadig gedrag hebben vertoond en daarvoor wel. Jeugdigen die momenteel gevaarlijk zijn hebben gewelddadig gedrag vertoond tijdens de 30 dagen voor opname. Een meting van de huidige status wordt niet uitgevoerd bij jeugdigen die korter dan 60 dagen in de instelling verblijven. Een subgroep van jeugdigen is voor de 2e meting ontslagen. Bij die jeugdigen wordt bij het ontslag een meting gedaan.	16 residentiële behandelsettings	Ontbreekt	- Child and Adolescents Strengths Assessment (CASA) vlak voor de 2e meting Ouder, primaire therapeut of een persoonlijk begeleider - Childhood Severity of Psychiatric Illness (CSPI)	Gevaarlijkheid (in 3 gradaties, op basis van het wel of niet vertonen van gewelddadig gedrag gedurende 30 dagen voor opname)	Gevaarlijkheid hangt samen met een geestelijke gezondheid waarbij sprake is van een verhoogde co-morbiditeit en een grotere mate van behoeften. Gevaarlijke individuen hebben op het moment van opname minder ontwikkelde sterke punten wat betreft leeftijdgenoten en moraliteit dan andere individuen. Ondanks dat gevaarlijke gevallen (jeugdigen die in de 30 dagen voor opname gewelddadig gedrag hebben vertoond) de slechtste uitkomsten hebben, worden er sterke aanwijzingen gevonden dat die gevallen de meeste klinische voordelen hebben van residentiële behandeling.
Lyons et al. (2001) Amerika	PE	Minimaal 3: bij opname (bij 68% is de eerste meting vlak na opname) en telkens 3 maanden na opname (range 9 maanden tot 2 jaar). Minimaal 3 perioden binnen 2 jaar na opname. Meetmoment en verschillen per jeugdige	285 (180/105)	12 t/m 17	Voorkomende diagnoses: PTSS (27%), ADHD (27%), depressie (17%), ODD (11%), bipolaire stoornis (7%), psychotische stoornis (6%), gedragsstoornis (2%) en aanpassingsstoornis (1%).	8 residentiële behandelcentra	Ontbreekt	- Acuity of Psychiatric Illness- Child and Adolescent Version (CAPI)	Gedragsproblemen (risicovol gedrag, symptomen, functioneren)	Er is over het algemeen sprake van een verbetering bij de jeugdigen tijdens het verblijf. Er is grote variatie in welke symptomen wel en niet verbeteren. Vooral risicovol gedrag en depressie verbeteren. Verder is er sprake van een verbetering in de omgang met psychosen. Er is bij de jeugdigen een verslechtering (toename) in de mate van angst en hyperactiviteit.
*Malmgreen & Leone (2000) Amerika	PE Selectie jeugdigen uit grotere steekproef	2: 1 week voor aanvang van de training en nameting	45 (45/0)	17 14 tot 19	<i>Inclusie jeugdigen op basis van leeftijd (maximaal 18 jaar en 11 maanden), voortdurend verblijf in de instelling gedurende de studie en een voormeting-score van tenminste 2/3 standaarddeviaties onder de gemiddelde leesscore. Alle jongens zijn African American. Een groot deel van de jongeren is veroordeeld (78%). Er is bij 44% sprake van speciaal onderwijs. Van die 44% heeft de helft hulp voor emotionele stoornissen gehad, 35% voor leerproblemen en 15% voor zwakbegaafdheid.</i>	Uitvoering van een leesprogramma in een justitiële instelling	Intensief leesprogramma in de zomer gedurende 6 weken (2 uur en 50 minuten per dag, 5 dagen per week). Uitgevoerd door docenten die reeds werkzaam zijn in de instelling. Ze hebben 2 dagen training ontvangen. Jeugdigen worden ingedeeld op basis van hun prestatie. Sommige jeugdigen ontvangen individueel les en anderen in kleine groepen.	- Gray Oral Reading Test, 3e editie (GORT-3) Docenten	Leesvaardigheden	Er is sprake van significante verbetering op 3 van de 4 subonderdelen van de leestest. De behandelintegriteit is hoog. Leesvaardigheden kunnen dus significant verbeteren bij matig presterende delinquenten met een relatief kortdurende interventie.
Marriage et al. (2001) Canada	PE	3: opname, ontslag en 4 maanden na ontslag (follow-up)	105 (61/44) 72 incl fu	14.6 11-18	<i>Jeugdigen die gedurende een 1-jarige periode zijn opgenomen zijn uitgenodigd om op vragenlijsten te reageren. Geïnccludeerd zijn aanvankelijk 38 crisisopnamen en 67 geselecteerde opnamen. 19 gezinnen weigeren mee te doen aan de fu. Daarnaast vallen 14 gezinnen uit gedurende de 4 maanden na</i>	Intramurale psychiatrische adolescenten unit met 10 plaatsen	Gestructureerd programma inclusief school en groepstherapieën. Het wordt aangevuld met kortdurende behandelingen (individuele, groep en gezinstherapieën). De meeste patiënten gebruiken medicatie. Gewoonlijk is de verblijfsduur 4 weken. Gemiddelde	- Children's Global Assessment Scale (CGAS) bij opname en ontslag -Psychiater van de afdeling	Tevredenheid van patiënten, ouders en verwijzers t.a.v. symptomen en functioneren van de patiënt, symptomen	De meeste patiënten (83%) verbeteren tijdens de opname, op basis van het oordeel van de psychiater over het functioneren. Er is sprake van een samenhang tussen tevredenheid en verbetering van zelfgeïdentificeerde problemen en een samenhang tussen tevredenheid en de

					ontslag. Uiteindelijk blijven er 72 gezinnen over. De drie groepen verschillen niet significant op een aantal variabelen. Diagnosen (n=105): stemmingsstoornis (56%), 'disruptive' stoornis (35%), angststoornis (32%), psychose (21%), middelenmisbruik (12%), leerproblematiek (14%), pervasieve ontwikkelingsstoornis (10%). Er is bij 25% sprake van 1 of meer diagnosen. Primaire diagnosen bij elke patiënt: stemmingsstoornis (36%), psychose (24%), angststoornis (16%), 'disruptive' stoornis (14%) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (10%). Bij 7% van de jeugdigen is het IQ (WISC-III) <70.		verblijfsduur van de jeugdigen in de steekproef: 32 dagen met een range van 9 - 58 dagen.	- CGAS bij opname en fu Verwijzer - YSR bij opname en fu Jeugdigen - CBCL bij opname en fu Ouders - Lijst m.b.t. problemen en tevredenheid bij ontslag en lijst m.b.t. zinvolheid behandeling bij fu Ouders en jeugdigen	(CBCL/ YSR) en functioneren (CGAS) van de jeugdigen	waargenomen bruikbaarheid van ontslag aanbevelingen. Tevredenheid vertoont geen samenhang met symptomatische en functionele vooruitgang. Jeugdigen geven aan dat de meest bruikbare ervaringen op de afdeling de behulpzame verpleegsters en doktoren en de steun van leeftijdgenoten zijn. Ouders noemen vooral de behulpzame verpleegsters, de 'insluiting' en veiligheid en diagnostische evaluatie als het meest bruikbaar.
Mattejat & Remschmidt (1991) Duitsland	NE	Retrospectief	131 (58/73) bij opname 109 met meting	15.5 12 en ouder	Jeugdigen moeten voor een meting bij ontslag minstens 4 weken behandeld zijn en moeten vlak voor opname in een gezinsleven. Verder zijn de inclusiecriteria: geen sprake van een heropname, wel sprake van een opname, ouders die een gesprek in het Duits kunnen voeren, geen contra-indicaties voor een gezinsgesprek en toestemming van het gezin. De geselecteerde groep verschilt niet van de aanvankelijke totale groep. Belangrijkste diagnosen bij de 131 jeugdigen (MAS-as I): Dissociaal syndroom (22%), anorexia (21%), neurosen (13%), emotionele stoornissen (11%), psychosen (10%) en eetstoornissen (7%). Bij de rest is geen sprake van die diagnosen. Verder is sprake van overmatig 'afgetekende' gezinsrelaties (27%), psychische stoornissen bij gezinsleden (24%), disharmonie in het gezin (23%), abnormale familiale verhoudingen (21%), ontoereikende of inconsistente controle (19%) en ontoereikende of vertekende communicatie (18%). Een groep van 22 gezinnen valt voortijdig uit, want daar is de intramurale behandeling korter dan 4 weken. Bij 81 jeugdigen is er sprake van deelname van een vader en moeder.	Intramurale psychiatrische kliniek	De intramurale behandeling is eclecticisch en bevat verschillende methoden. De behandeling bevat drie componenten: individuele therapie, gezinstherapie en milieutherapeutische aspecten. Individuele therapie is afhankelijk van het ziektebeeld en de mate van ontwikkeling. Bijna altijd gaat de individuele therapie gepaard met ouderoverleg gesprekken, die vaak tot gezinstherapie verdiept kunnen worden. Onder milieutherapeutische aspecten vallen bijvoorbeeld arbeidstherapie en sport. Medicatie speelt met name bij psychotici een belangrijke rol. Behandelduur van de 121 jeugdigen is 12 weken.	- Gezinsdiagnostisch onderzoek bij voor- en nameting 2 therapeuten - Marburger Familiendiagnostischen Skalen (MFS) Jeugdigen en ouders - Rating des Therapieerfolges bij nameting Therapeuten	Verandering in symptomen (verbeterd- verslechterd)	Dynamieken in de relaties binnen het gezin hebben een grote voorspellende waarde met betrekking tot veranderingen in symptomen tijdens de behandeling. De sterkste prognostische factor voor behandelingsucces is de diagnose die bij de jeugdige gesteld is. Bij ongunstige diagnosen (dissociaal syndroom en emotionele stoornissen) neemt het risico op een niet succesvolle behandeling toe. Bij jeugdigen met ouders met duidelijk 'afbakingsgedrag' is de kans tien keer zo groot op falen van de behandeling dan jeugdigen waar ouders zich niet van hem of haar afzonderen.
Mattejat et al. (2001) Duitsland	QE	3: voormeting, nameting en een follow-up meting gemiddeld 3 jaar en 8 maanden na ontslag en een range van 2-5 jaar	68 (44/24)	11.8 bij opname	De jeugdigen die in de ziekenhuizen worden opgenomen zijn gekozen op basis van duidelijk omschreven criteria (worden niet inhoudelijk vermeld). Van de aanvankelijke groep (n=92) zijn 7 jeugdigen niet beschikbaar en weigeren er 17 mee te doen. Diagnosen (ICD-9): emotionele stoornissen (27%), gedragsstoornissen (19%), anorexia en andere eetstoornissen (17%), enuresis en encopresis (17%), neurosen (11%) en ADHD (9%).	2 afdelingen van 2 psychiatrische ziekenhuizen voor adolescenten	Ontbreekt	- Marburg Symptom Scale (MSS), Rating of psychosocial competency, adaption at school or work voor en na behandeling en bij fu Jeugdigen, hulpverleners - Interview bij fu Jeugdigen en ouders of alleen ouders	Aanpassing op school of werk en aantal opvallende symptomen	Er is geen significant verschil in therapie effect tussen thuisbehandeling en residentiële behandeling. Er zijn wel tendensen waar te nemen die pleiten voor thuisbehandeling. Er is na beide soorten behandeling een verbetering in de aanpassing op school of werk en in symptomen. Die verbetering neemt wat af na ontslag. Toch is er over het algemeen sprake van een verbetering tot aan de follow-up.
Mayes et al. (2001b) Amerika	PE	4: opname, ontslag en follow-up 1 en 6 maanden na ontslag	110 (78/32) met 1 fu 90 met 2 fu's	8.9 2 tot 13	De steekproef komt uit een populatie jeugdigen (N=124) die van januari tot juni 1998 zijn opgenomen op de psychiatrische afdeling. Van die groep worden 110 jeugdigen in het onderzoek betrokken, aangezien daarvan gegevens op de CIS zijn. Meest voorkomende diagnosen (DSM-IV): ODD (60%), ADHD (58%), aanpassingsstoornis (43%), relationele problemen tussen ouder en kind (33%), depressie (26%) en angststoornis (9%). Verder bipolaire stoornis, PTSS, autisme, reactieve hechtingsstoornis, anorexia, psychosen en conversie stoornis. Bij 92% is er een gedragsstoornis aanwezig, 48% heeft een leerprobleem en 21% is misbruikt. Gemiddeld IQ van 90 (WISC-III of andere test) en range 11 tot 146. Etniciteit: blank (82%), negroïde (11%), 'Hispanic' (6%) en Aziatisch (1%). Bij 36% is er sprake van een intact gezin. Bij 17% van de jeugdige was er huiselijk geweld. In het gezin van de jeugdigen komen met name depressie (63%) en middelenmisbruik (62%) voor. Ook geweld (43%), criminele veroordelingen (38%) en ADHD (31%) komen relatief veel voor.	Kinder-psychiatrische kliniek met 16 plaatsen	Inhoud: dagelijkse individuele en groeps-therapie, gezinstherapie 2 keer per week, 3,5 uur per dag onderwijs, recreatieve therapie 2 uur per dag en een steun groep voor ouders 2 keer per week. Ouders moeten minimaal 3 uur per dag, 3 dagen per week met hun kind en de behandeling werken. Vaak is medicatie een integrale component. Verblijfsduur van de groep is gemiddeld 13.9 dagen, range 4 tot 80 dagen.	- Colombia Impairment Scale (CIS) bij opname, ontslag en fu Primaire verzorger - Global Family Environment Scale (GFES) Begeleider van de jeugdige op de afdeling	Psychisch functioneren op basis van interpersoonlijke relaties, stemming en gedrag, academisch functioneren en gebruik van vrije tijd	Hoe groter de ernst van de symptomen bij opname, hoe groter de mate van vooruitgang tijdens opname en hoe groter de achteruitgang bij follow-up. Er is sprake van een verbetering bij follow-up in vergelijking met moment van opname, ook bij de zwakkere groep. Er is een betere uitkomst bij de jeugdigen zonder een gedragsstoornis.

Mesman-Schultz & Herfs (1992) Nederland	PE	3: opname, vertrek en follow-up 6 tot 12 maanden na vertrek	90 (49/41)	17.1 15 tot 20 bij opname	<i>Contra-indicaties voor opname: verslaving aan alcohol of drugs en agressief gedrag waarbij de veiligheid van anderen in gevaar kan komen. Er moet bij opname een reëel perspectief zijn dat de jeugdigen binnen een termijn van 1 jaar in staat zijn zelfstandig te wonen. Een klein deel (12%) behoort tot een minderheidsgroep. De psychosociale situatie van de jeugdigen is voor opname behoorlijk problematisch, de gezinssamenstelling is vaak verstoord geweest ener is sprake van een instabiele opvoedings situatie. Relaties in gezinnen zijn overwegend ongunstig, veel jeugdigen hebben speciaal lager onderwijs doorlopen, veel gedragsmoeilijkheden thuis en/of op school en toekomstspaties zijn vaak irrealistisch en onduidelijk.</i>	Residentieel project voor zelfstandigheidstraining (4 zelfstandige behandelingsseenheden, gewone huizen)	Sterke nadruk op individuele benadering en het stimuleren van eigen verantwoordelijkheden. Veel aandacht voor contacten en relaties met ouders en andere gezinsleden. Doel verblijf: bij vertrek eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen op allerlei gebieden. Gemiddelde verblijfsduur van de jeugdigen is 11,7 maanden.	- Com-procedure: diagnostische en follow-up gedeelte	Aanpassing op basis van 3 criteria en (psychosociale) problematiek op basis van 9 variabelen	Er treden geen grote en eenduidige gunstige verbeteringen op in de psychosociale situatie van de jeugdigen. Iets meer dan de helft van de jeugdigen (55%) vertoont vooruitgang en 32% vertoont een achteruitgang. Er is sprake van een lichte verbetering van de gezinsrelatie en een afname van gedragsproblemen, delinquentie en agressiviteit. Er is een lichte toename in maatschappelijke moeilijkheden. Na vertrek is de aanpassing goed bij 40% van de jeugdigen.
Mikkelsen et al. (1993) Amerika	NE	Retrospectief: focus op ontslag/situatie na ontslag	112 (64/48) 61 met fu	12.6 bij opname	<i>Jeugdigen moeten aan een aantal criteria voldoen: tussen 4 en 22 jaar oud, waarbij 'outpatient' behandeling onvoldoende is, een psychiatrische stoornis als primaire diagnose is en een mate van psychopathologie die geschikt is voor acute zorg, onvermogen om te functioneren op het niveau van de ontwikkelingsleeftijd op 1 of meer gebieden en medische gezien stabiel, waarbij geen sprake is van een gevaar voor zichzelf of anderen. Een groot deel (64%) is woonachtig bij de ouders voor de opname, 29% komt van een psychiatrische afdeling en 7% uit residentiële instellingen. Diagnosen met name 'disruptive' gedrag en stemmingsstoornissen. Bij 1% is er sprake van een psychotische stoornis.</i>	Kortdurend psychiatrisch behandelprogramma	Het doel van het programma is het voorzien in een veilige, therapeutische omgeving voor de diagnostiek en korte behandeling van jeugdigen die niet thuis kunnen blijven en die risico lopen op een acute psychiatrische opname. De omgeving is zo normaal mogelijk. Voor het programma worden van tevoren mentoren geselecteerd en getraind. De groep mentoren wordt omschreven. De behandeling is een alternatief voor psychiatrische opname. Ouders nemen actief deel aan de behandeling. Assessment, therapie en steun van het gezin van de jeugdigen zijn essentiële componenten van de behandeling. Gemiddelde verblijfsduur van de groep is 17 dagen.	- Interviews	Verblijfsplaats na ontslag	Er is bij 91% van de gevallen sprake van een gepland ontslag. Bij de rest (9%) is er sprake van onstandigheden buiten de macht van de programmaleiding. Van de jeugdigen met een gepland ontslag keert 72% terug naar hun gezin, 5% naar groepstehuizen en 6% naar een psychiatrisch ziekenhuis of een residentieel behandelcentrum. Drie maanden na ontslag zijn de verblijfsplaatsen wat anders. Iets minder jeugdigen dan bij ontslag wonen dan thuis (67%), 5% woont dan in een psychiatrisch ziekenhuis, 2% in een behandelcentrum voor middelennisbruik, 5% in een residentiële behandelvoorziening en 16% in een pleeggezin.
*Moody (1997) Amerika	QE	2: 1-2 weken voor start interventie en nameting in week na afronding interventie	28 (28/0)	14; 2 k 14; 4 c bij aanvang	<i>De groep bestaat uit jeugdige delinquenten waarbij verschillende emotionele problemen spelen. De groep neemt vrijwillig deel aan de behandeling. De controlegroep is gekozen op basis van leeftijd (zelfde als behandelgroep) en representativiteit voor de training school. Er is bij 37% van de behandelgroep sprake van een eerdere psychiatrische opname en 55% is met medicatie behandeld. IQ scores van 11 jeugdigen uit de behandelgroep is gemiddeld 72 (WISC-R), range 57-102. Etniciteit van de behandelgroep: African American (71%), blank (21%) en Native American (7%). De controlegroep is geheel African American. Een eerdere psychiatrische opname is er bij 21% geweest en 21% is eerder met medicatie behandeld. De IQ score van 6 jeugdigen is gemiddeld 78 (range 68-94).</i>	Een justitiële training school	Therapie in paren: interventie waarbij twee jeugdigen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht samen met een therapeut gericht zijn op de ontwikkeling van vaardigheden om sociale interacties te verbeteren. De therapie is aangepast aan een residentiële omgeving. Probleemoplossende activiteiten, rollenspelen, gesprekken van morele dilemma's, schrijven van verhalen, gezamenlijk maken van posters en het doen van bepaalde spellen zijn onderdelen. Er zijn ook 20 sessies met een psycholoog. Duur per sessie is gemiddeld 1 uur gedurende 10 weken. Gemiddelde verblijfsduur van de behandelde jeugdigen is 5.5 maanden.	- Defining Issues Test (DIT) Jeugdigen - Division of Youth Services Point System, geluidopnamen van de sessies Hulpverleners	Moreel redeneren, interpersoonlijke relaties met leeftijdgenoten en recidive (terugkeer naar de school i.v.m. overtreding van voorwaarden verlof)	Er komen geen verschillen in resultaat naar voren tussen de behandelgroep en de controlegroep. Er is geen verschil in moreel redeneren. Wat betreft recidive is er bij 50% van de behandelgroep en 50% van de controlegroep sprake van een heropname op de school na 18 maanden.
*Nas (2005) Nederland	QE	2: voor- en nameting	56 met nameting 108 (108/0) met voormeting	16;10 12 t/m 21	<i>De groep bestaat uit jeugdige delinquenten van het mannelijke geslacht. Deze doen alleen mee indien verwacht wordt dat de jeugdigen tenminste 2 maanden in de instelling verblijven. Vrijwillige deelname. Een klein aantal weigert mee te doen aan het onderzoek. Er is veel uitval (49% bij EQUIP en 46% bij controle): bij de nameting zitten er nog 31 in de EQUIP groep en 25 in de controlegroep. Er is met name uitval door overplaatsingen (n=14) en vrijlating uit de inrichting (n=30). De groepen worden vooraf vergeleken. Jeugdigen hebben een gemiddelde intelligentiescore van 91. Intelligentie van de EQUIP groep is gemiddeld lager dan die van de controlegroep. Nameting groepen verschillen wat betreft intelligentie (zelfde als voormeting) en sociale vaardigheden (EQUIP beter).</i>	3 gesloten justitiële jeugdinrichtingen	EQUIP: Multicomponenten programma gericht op denkfouten, morele ontwikkeling en sociale vaardigheden bij delinquenten jeugdigen. Drie bijeenkomsten per week van 1 uur en groepen van wisselende samenstelling. In totaal 30 bijeenkomsten en een aantal 'mutual help' bijeenkomsten. Gewerkt in groepen van 6 jeugdigen. Deelname is verplicht m.u.v. ziekte, bezoek aan rechtbank en misdadingen. Gebaseerd op Positive Peer Culture model. Bij aanvang van de training wordt ingegaan op de 4 meest belangrijke denkfouten. Leren van sociale vaardigheden in 4 fasen: 'modeling', rollenspelen, feedback geven aan rollenspeler en oefenen van de vaardigheden. Leiding van groepen door een groepsleider en docent of twee groepsleiders. Daarnaast zijn jeugdigen verplicht tot het volgen van onderwijs en het doen van fysieke oefeningen. Ook religieuze bijeenkomsten en/of muzieklessen kunnen ze volgen. Vergelijkbare situatie bij controle groep. De experimentele groep verblijft gemiddeld 84 dagen en de controlegroep gemiddeld 79 dagen in de inrichting.	- Socialmoral Reflection Measure-Short Form (SRM-SF), Nederlandse vertaling How I Think Questionnaire (HIT), Attitude towards Delinquent Behavior Questionnaire, Inventory of Adolescent Problems-Short Form (IAP-SF), Vragen op basis van vier video-vignetten bij voor- en nameting Jeugdigen	Moreel redeneren, denkfouten, sociale informatieverwerking, attitude ten aanzien van delinquent gedrag en sociale vaardigheden	Er blijken na de behandeling geen verschillen te zijn tussen de EQUIP groep en de controlegroep wat betreft moreel redeneren, sociale vaardigheden en sociale informatieverwerking. Er blijken bij de EQUIP groep na de behandeling minder denkfouten te zijn dan bij de controlegroep. Verder blijkt de EQUIP groep een negatievere houding te hebben ten aanzien van delinquentie dan de andere groep.

Otnow Lewis et al. (1991) Amerika	NE Een groep meisjes en een groep jongens, die met de groep meisjes gematched is op basis van leeftijd en geslacht	1: follow-up 7 tot 12 jaar na ontslag	42 (21/21)	15 bij eerste evaluatie	<i>De steekproef is een subgroep uit een grotere steekproef bestaand uit delinquente jongens en meisjes (n=118) die in een justitiële instelling hebben gezeten. Evaluaties bij opname zijn eind jaren '70 uitgevoerd. De evaluatie gegevens zijn retrospectief achterhaald. Een deel van de meisjes (n=11) zat op een gesloten en een deel (n=10) op de open afdeling. Het gemiddelde IQ van de meisjes is 95. Er is sprake van episoden van psychotische symptomen (71%), neurologische/limbische stoornissen (43%) en een cognitieve stoornis (17%). De etniciteit: blank (86%), negroïde (10%) en Hispanic (4%).</i>	Beveiligde afdeling voor ernstig problematische jeugdigen en een open afdeling voor 'disruptieve' gedrag in een justitiële inrichting	Ontbreekt	- Interviews Meisjes, hun gezinsleden of een hechte vriend - Politie en FBI dossiers	Gepleegde delicten als volwassene (arrestaties en opnames in justitiële instellingen), ervaringen na ontslag uit de instelling	Ongeveer 7 jaar na ontslag uit de instelling is 71% van de meisjes als volwassene gearresteerd en 95% van de jongens. De vrouwen plegen gemiddeld 4 delicten en de mannen 12. Mannen plegen geweldadiger delicten dan de vrouwen. Van de meisjes wordt 43% na ontslag weer thuisgeplaatst en de rest (57%) wordt in verschillende instellingen geplaatst, waaronder residentiële behandelcentra, groepstehuizen en psychiatrische ziekenhuizen. Er is gemiddeld sprake van 8 verschillende verblijfsplaatsen na het ontslag uit de justitiële instelling.
Otnow Lewis et al. (1994) Amerika	NE	1: follow-up gemiddeld 9 jaar na uitplaatsing met een range tot maximaal 12 jaar	95 (95/0)	15 tot 17 bij aanvang	<i>De steekproef is een subgroep uit een grotere steekproef bestaand uit delinquente jongens en meisjes (n=118) die in een justitiële instelling hebben gezeten.</i>	Justitiële school	De jongens hebben 18 maanden in een justitiële school gezeten eind jaren '70.	- Interviews Jongens en/of hechte vrienden of gezinsleden - Dossiers van de justitiële school, politie, FBI, psychiatrische ziekenhuizen en gezondheidsdepartement van de overheid	Gepleegde delicten als volwassene (arrestaties en opnames in justitiële instellingen), ervaringen na ontslag uit de instelling	Bijna alle jongens hebben een strafblad (94%) als ze volwassen zijn. Daarvan hebben de meesten geweldadige delicten gepleegd. Na ontslag keert 39% terug naar huis. De rest wordt onder andere in niet-gespecialiseerde groepstehuizen en residentiële instellingen geplaatst. Na ontslag is er gemiddeld sprake van 3 plaatsingen en 3 opnames in de gevangenis. Weinig jongens ontvangen na ontslag de zorg die nodig is om adequaat te functioneren in de samenleving.
*Pecukonis (1990) Amerika	QE 2 groepen: 1 experimentele en 1 controle groep (wachttijd) Willekeurige toewijzing na tweedeling op basis van hoge of lage mate van ego ontwikkeling	2: voormeting en nameting met een periode ertussen van 10 weken	24 (0/24)	15.5 tot 17 Voor-meting waarschijnlijk	<i>Er is bij de adolescenten sprake van agressief gedrag. Inclusie voor training indien voldaan wordt aan drie van de vier gedragscriteria: fysieke agressie, onverantwoorde verbale agressie, minachting voor de rechten van anderen en contact met wettelijke of jeugd autoriteiten. De helft is beoordeeld als delinquent, bij 42% is er behoefte aan supervisie en 8% wordt gezien als onhandelbaar. Ze hebben een normale intelligentie.</i>	Affectief/cognitief empathie trainingsprogramma in een residentieel behandelcentrum	Vier keer een 1,5 durende sessie, 2 keer per week. Gericht op een toename van affectieve en cognitieve empathie. Tijdens elke sessie worden concepten in beeld, geluid en bewegend getoond. Na elke sessie wordt het in de groep samengevat en besproken. Er wordt gebruik gemaakt van video opnamen voor de terugkoppeling. Eerste sessie is gericht op de identificatie van de affectieve toestand van anderen. Er worden dan plaatjes getoond met gezichts-uitdrukkingen zonder en met geluid en rollenspelen uitgevoerd. De tweede sessie: vermogen tot perspectief nemen. Wereld bekijken vanuit perspectieven. Derde: emotionele reacties van anderen delen en overeen laten komen met de eigen emoties. Vierde sessie: integratie van geleerde vaardigheden en bespreking van o.a. stereotype ideeën. Gebaseerd op vier componenten model: affectieve discriminatie, rol aanname, affectieve 'matching' en gebeurtenissen analyse. Een puntensysteem wordt gebruikt i.v.m. motivatie. Gemiddelde verblijfsduur van 8 maanden.	- Hogan Empathy Test, Mehrabian en Epstein instrument voor meten van emotionele empathie bij voor- en nameting, Loevinger's scale of ego development bij voormeting Jeugdigen	Mate van (affectieve en cognitieve) empathie	De training is effectief in het significant vergroten van de mate van affectieve empathie. Er is geen toename in de mate van cognitieve empathie waargenomen. Affectieve en cognitieve empathie hangen sterk samen. Er zijn significante positieve verbanden tussen ego ontwikkeling en empathie.
Piersma et al. (1993) Amerika	PE 2 groepen: depressieve groep (n=94) en gedragsstoornissen groep (n=63)	2: binnen 1 week na opname en binnen 1 week voor ontslag	157 (80/77) 94d (47/47) 63g (33/30)	16d 15g 14 bij opname waarschijnlijk	<i>De steekproef is een subgroep uit een grotere steekproef (n=215). De geïncludeerde adolescenten zijn gediagnosticeerd met depressie (n=94) of een gedragsstoornis (CD, ODD, ADHD) (n=63) en op basis daarvan geselecteerd in verband met de tegenstelling tussen internaliserende en externaliserende problematiek. Etniciteit: 88% van de depressieve en 86% van de gedragsstoornissen groep is blank. Er zijn geen significante verschillen tussen de groepen wat betreft geslacht, leeftijd, etniciteit of verblijfsduur. Van de ouders/voogd en adolescent moet er toestemming zijn tot deelname.</i>	Particulier psychiatrisch ziekenhuis	De gemiddelde verblijfsduur van de depressieve groep is 138 dagen en van de groep met gedragsstoornissen 133 dagen.	- Millon Adolescent Personality Inventory (MAPI) bij opname en ontslag Adolescenten	Persoonlijkheidsstijl	Er zijn significante verschillen in score tussen internaliserende en externaliserende adolescenten. Van voor tot na de opname treden er significante veranderingen op bij beide groepen wat betreft aanwezige zorgen en zelfs op het gebied van persoonlijkheidstreken. Adolescenten met internaliserende problematiek (depressie) rapporteren significante meer spanning ('distress') bij zowel opname als ontslag dan adolescenten met externaliserende problematiek. Er is bij externaliserende adolescenten aanvankelijk meer 'agressief zelfvertoeven'.
Reisel et al. (1999) Oostenrijk	PE	3: bij opname, 2 weken na ontslag en 6 maanden na ontslag (fu)	61 (41/20)	8-10 (m) 12-14 (v) 6;10 tot 16;8 jaren	De redenen van intramurale opname zijn divers: opmerkelijk gedrag, schoolproblemen, ontwikkelingsachterstand en psychosomatische stoornissen tot chronische ziekten met een psychosociaal risico. Diagnosen (MAS ICD-10): gedrag- en emotionele stoornissen (49%), psychosociale belasting (43%), ontwikkelingsstoornissen (34%), een lichamelijke aandoening (23%), neurotische, belasting- en somatoforme stoornissen (18%), lichamelijke stoornis (15%) en een afwijkend intelligentieniveau (15%). Iets minder dan de helft (43%) komt uit een gebroken gezin en leeft bij 1 ouder met of zonder stiefvader of -moeder, bij pleeg- of adoptieouders of in een tehuis. Een vijfde (21%) komt uit een aangrenzend land en 12% is geen Oostenrijke	Intramurale kinderpsychiatrische inrichting met 20 plaatsen	In de kliniek werkt een multidisciplinair team met o.a. een psychiater, psychologen etc. Duur van het verblijf is gemiddeld iets meer dan 8 weken.	- CBCL bij opname, ontslag en fu Ouders - TRF bij opname en fu Docenten - Elterntoetsvragenbogen voor Erfassung des Behandlungserfolges (EBE) bij fu Ouders - Zelf ontwikkelde items Ouders, jeugdigen	Symptomen, verandering in mate van ervaren belasting door ouders, tevredenheid van ouders, therapietrouw zijn van het gezin m.b.t. aanbevelingen bij ontslag	Bij 3% tot 7% (wordt niet duidelijk vermeld) is er sprake van een voortijdig vertrek. Er is sprake van een algemene trend van symptoomreductie. Er is bij 19% tot 30% van de jeugdigen geen verandering of een verslechtering in symptomatic. De ouders geven aan dat er sprake is van een vermindering in de mate van belasting door de symptomen van hun kind. Een meerderheid van de ouders (93%) heeft de gesprekken met de arts of psychologen als zinvol ervaren. In 40% van de gevallen is er geen of weinig sprake van het naleven van de aanbevelingen van de kliniek door het gezin van de jeugdigen. Ouders die een verbetering in de symptomatic van hun kind waarnemen vertonen vaker een goede

					staatsburger.						'compliance', ervaren een duidelijke vermindering in de belasting en ervaren de opname en de hulpverlening meer als ondersteunend dan de ouders die geen symptoomverbetering waarnemen.
Roberts et al. (1990) Amerika	PE	3: bij opname, einde van behandeling en voor vrijlating	50 (30/20)	X	Gemiddeld IQ van de jeugdigen is 99 (WISC-R).	Intramurale unit voor adolescenten met een gedragsstoornis	Behandeling op basis van een gedragsmatig/cognitief model. Duur verblijf: gemiddeld 59 dagen met een range van 18 tot 250 dagen.	- MMPI, Jesness Personality Inventory bij opname, na behandeling en vlak voor vrijlating Jeugdigen	Persoonlijkheidstreken (o.a. sociale onaanpasstheid)	Er zijn statistisch significante veranderingen in scores op beide instrumenten. Mannelijke adolescenten reageren gunstiger op de behandeling dan vrouwelijke.	
*Rohde et al. (2004) Amerika	QE	2: opname en na voltooiing interventie	109 (109/0) met pre-post scores 132 (132/0)	16e/c 17c 12 tot 22	<i>Exclusiecriteria: jeugdigen die ingeroosterd zijn voor vrijlating, jeugdigen die volgens de staf niet kunnen functioneren in een groepssetting in verband met extreme concentratie- of gedragsproblemen en jeugdigen die betrokken zijn in andere behandelgroepen tijdens de copingcursus.</i> Zo zijn 15 a 20 jeugdigen van elke 25 jeugdigen per unit gevraagd om deel te nemen. Alle deelnemers zijn van het mannelijke geslacht. Etniciteit: 64% blanke niet-'Latino', 14% Latino, 10% Native American, 7% African American, 2% Aziatisch, 1% Pacific Islander en 2% anders. Er zijn geen significante verschillen tussen de groepen wat betreft geslacht of etniciteit. Redenen voor afwezigheid tijdens de sessies zijn ziekte, conflicten met groepsleden of staf binnen of buiten de groep, weigering van staf om jeugdige mee te laten doen in verband met gedrag, deelname aan andere activiteiten, overplaatsing naar een andere afdeling binnen de instelling of buiten de instelling, een werkopdracht of privileges.	2 justitiële jeugdinrichtingen met beide 3 behandelunits. De inrichting waar de cursus wordt gegeven heeft 72 plaatsen	De training is een modificatie van de Adolescent Coping With Depression Course. Modificaties zijn o.a.: verruimen van focus van depressie naar negatieve emoties in het algemeen, verkorten van sessies naar 90 minuten, gebruik van 2 groepsleiders en het gebruik van een puntensysteem. Inhoud: groepsleiders leren vaardigheden aan de jongeren, zodat ze hun depressie onder controle kunnen krijgen. Coping cursus: twee keer per week gedurende 8 weken (groepen van ongeveer 8 personen). Basiszorg op de units: drugs/alcohol groepen, seksuele delinquenten groepen, 'breaking barriers', bijhouden van een dagboek en andere schrijftaken. Gericht op algehele coping en het verbeteren van probleemoplossende vaardigheden. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De jeugdigen zijn gemiddeld 13 van de 16 sessies aanwezig met een range van 3 tot 16 sessies.	- YSR, Current Suicidal Ideation and Lifetime Suicide Attempts, Life Attitudes Schedule-Short Form (LAS-SF), 15 items m.b.t. Coping Skills, 10 items van de Self-Esteem Scale, 8 items van de UCLA Loneliness Scale, 5 items van de Subjective Probability Questionnaire, 4 items m.b.t. Social Adjustment bij voor- en nameting Jeugdigen	Copingstijl, gedragsproblematiek, suicidale neigingen, zelfvertrouwen, eenzaamheid, optimisme, sociale aanpassing, kennis over cognitieve gedragstherapie	Er is een verandering bij jongeren in de coping cursus die te onderscheiden is van de controle groep. Er treden significante veranderingen op, namelijk een afname in externaliserende problematiek en suïcide gevoeligheid. Er is een toename in de mate van zelfvertrouwen en het delen van gevoelens met staf.	
Rothery et al. (1995) Engeland	PE	2: opname en ontslag	276 (119/157)	15 en 16 jaar (62%) en 23% 16 jaar of ouder	Diagnosen (ICD-9): gedragsstoornis (21%), emotionele stoornis (14%), aanpassingsstoornis (14%), neurotische stoornis (14%), anorexia (11%), schizofrenie (9%) en depressie (7%). Meerdere redenen voor opname is de norm. Een meerderheid is verwezen door medici (78%) en bij 64% is de plaatsing uitgekoken. Er worden geen gegevens over etniciteit vermeld.	4 gespecialiseerde psychiatrische intramurale units	Behandeling bestaat in elk geval uit medicatie, een behandelmilieu, ondersteunende psychotherapie en groepspsychotherapie. Alleen in relatie tot de behandeldoelen en het behaalde resultaat worden die onderdelen van behandeling genoemd. Meest voorkomende behandeldoelen bij de jeugdigen zijn: verbeterde relaties met leeftijdgenoten (75%) en ouders (74%), grotere emotionele onafhankelijkheid (62%), ontwikkelen van aangepaste reacties ten aanzien van externe stressoren (62%), ontwikkelen van aangepaste reacties ten aanzien van interne angst (58%), verbetering in affectieve symptomatologie (58%), ontwikkelen van een werkidentiteit (53%) en veranderen van gedrag (50%). Gemiddelde duur van behandeling is van 4.4 t/m 7.7 maanden.	- Adolescent Inpatient Inventory (2-delig, ontworpen voor de studie) met daarin o.a. 16 individuele behandeldoelen, afname bij opname en ontslag Psychiaters	Doelrealisatie op 4 soorten doelen: afname van symptomen, verbetering in significante relaties, bevorderen van voltooiing van leeftijdgebonden taken en verbetering in intrapsychisch functioneren	Bij 81% is er sprake van een voltooiing van de behandeling. Bij ontslag vertonen de jeugdigen een substantiële verbetering met betrekking tot alle behandeldoelen. De minste verbetering vindt plaats ten aanzien van de doelen die het vaakst gesteld worden. Hulpverleners zijn over het algemeen niet in staat om een belangrijke behandelmethode te identificeren die zorgt voor verbetering op bepaalde behandeldoelen.	
Ryan & Yang (2005) Amerika	NE	1: follow-up gemiddeld ruim 2,5 jaar na ontslag uit de residentiële zorg (retrospectief onderzoek). Ook metingen tijdens residentiële behandeling	90 (90/0)	17 bij ontslag	<i>Uit een totale steekproef van 270 jeugdigen (jeugdigen in de zorg tussen jan. 1998 en dec. 1999) zijn er 90 willekeurig geselecteerd. Vervolgens worden alleen jeugdigen die tenminste 18 jaar oud zijn geselecteerd in verband met de aanmerking voor strafrecht van volwassenen.</i> Van de 90 jongens is 47% African American, 43% blank en 10% van een 'gemengde' afkomst.	Langdurige residentiële behandeling voor jeugdige delinquenten	Gezinstherapie in de residentiële instelling (bij ongeveer 11%) en thuis (bij ongeveer 17%). De contacten van jeugdigen met het gezin bestaan voornamelijk uit telefoon-gesprekken (78%). Vooral jeugdigen nemen het initiatief tot contact met het gezin (34%), bij de maatschappelijk werker van het gezin (27%) en het gezin zelf (22%) ligt de mate van initiatief nemen lager. De gemiddelde verblijfsduur van de jongens is 14 maanden	- Interviews - Contactregistratie van het gezin met de jeugdige en de hulpverleners - Registratie arrestaties door de politie	Recidive (op basis van informatie over arrestaties na ontslag uit de residentiële instelling en schuld)	Van de jeugdigen voltooit 70% het residentiële programma met succes. Ongeveer 2½ jaar na ontslag uit de residentiële zorg is tenminste 36% van de jeugdigen eenmaal gearresteerd door de politie (en schuldig bevonden). Jongere jongens en jongens van Afrikaans-Amerikaanse afkomst hebben een groter risico op recidive. De verblijfsduur en het voltooien van de behandeling hangen niet samen met het recidive risico. Een aantal vormen van gezinscontact (bezoeken vanuit het initiatief van de ouders, therapie bij het gezin thuis en thuis contacten met een maatschappelijk werker) hangen samen met een lagere mate van recidive.	
Schepker et al. (2003) Duitsland	NE	3 cohort groepen (c1, c2, c3) uit ontslag-jaren 1998, 1999 en 2000	1230 411 c1 412 c2 407 c3	X	<i>Van de aanvankelijk geselecteerde populatie worden voortijdige vertrekkende jeugdigen (bij weglopen, overplaatsing of vertrek tegen medisch advies in) uit de steekproef verwijderd (9%). Ook jeugdigen met een korte opname (<14 dagen; bij 10% van de behandelingen) en jeugdigen met een lange verblijfsduur (>250 dagen; n=2) worden niet geïncludeerd.</i> Er is sprake van schizofrenie bij de jeugdigen (geen aantallen vermeld).	Intramurale psychiatrische behandeling	Ontbreekt	- Frankfurter Basisdokumentation bij opname, tijdens behandeling en bij ontslag - Skalen des Psychopathologischen Befundsystems	Verblijfsduur	Er is bij de drie cohortgroepen sprake van een afname in de gemiddelde verblijfsduur gedurende verloop van de tijd. Diagnosen zijn niet van invloed op de verblijfsduur. Jeugdigen waarbij geen verandering in symptomatic optreedt hebben een kortere verblijfsduur dan de jeugdigen die verbeteren. Suïciditeit bij opname heeft een behandelingsverkortende invloed. Een minimale effectieve verblijfsduur (effectieve	

										ondergrens) is 55 dagen of langer voor een verbetering van symptomen.
Scholte & Van der Ploeg (2003a) Nederland	QE Vergelijking van 4 programma's met een referentie groep die het programma vroegtijdig verlaat	3: bij opname, gedurende de opname (fu 1) en 1 jaar (fu 2) na opname	105 (79/26) 88 met fu 2	14.9 bij eerste meting	<i>De steekproef bestaat uit jeugdigen die in 2002 zijn toegelaten tot 7 verschillende residentiële behandelprogramma's. De programma's zijn geselecteerd op basis van de criteria: het moet speciaal ontwikkeld zijn voor jeugdigen met ernstige gedragsproblematiek, recent geïntroduceerd zijn (laatste 3 jaar) en goed geïmplementeerd zijn. Van de 105 jeugdigen is 65% van Nederlandse afkomst en heeft 35% een andere afkomst. De totale groep wordt vergeleken met een referentiegroep (n=22) die bestaat uit de subgroep jeugdigen die de residentiële behandeling voortijdig verlaat en die geen gedragsmatige of emotiegerichte ontvangst na het voortijdige vertrek.</i>	4 residentiële programma's voor jeugdige delinquenten	De programma's zijn gebaseerd op gedragsmodificatie (bij n=52 toegepast), psychodynamische behandeling (n=11), avontuurlijk leren (n=11) en gestructureerde leefgroepen (n=9). De inhoud van de methodieken wordt toegelicht.	- CBCL tijdens de eerste maand van de behandeling en 1 jaar later Groepsleiding - Vragenlijst met risicofactoren bij opname, gestructureerd interview 1 jaar na opname Hulpverleners	Gedragsproblematiek, waargenomen groei van zelfvertrouwen, verbetering in relaties met leeftijdgenoten, staf en ouders, verbetering in motivatie voor school/werk, verbetering in probleemgedrag door de hulpverleners	Na 1 jaar zit 73% van de 105 jeugdigen nog in het programma, is 6% volgens plan uitgeplaatst en 21% voortijdig vertrokken. Van de voortijdig vertrokken jeugdigen gaat meer dan 25% van de overgebleven jeugdigen naar het gezin van herkomst, 33% naar een andere residentiële setting en 10% gaat zelfstandig wonen. De groepsleiding geeft aan dat bij 80% van de jeugdigen sprake is van een positieve psychosociale ontwikkeling. Van de voortijdig vertrokken jeugdigen is 56% goed ontwikkeld volgens de groepsleiding. De meeste vooruitgang wordt waargenomen op het gebied van sociale relaties met leeftijdgenoten, hulpverleners en ouders en de minste in zelfvertrouwen en de motivatie voor school/werk. Jeugdigen die voortijdig vertrekken vertonen minder verbetering in gedragsproblematiek dan de behandelde jeugdigen. Programma's zijn effectiever in het verminderen van externaliserend gedrag dan internaliserend gedrag. Gestructureerde leefgroepen komen als effectiefste methode naar voren, gevolgd door avontuurlijk leren. Gedragsmodificatie is het minst effectief.
Scholte & Van der Ploeg (2003b) Nederland	PE Willekeurige steekproef	3: bij opname, 6 maanden na opname en 2 jaar na opname	200 (134/66) 134 met 2 fu's	15.3 bij aanvang	<i>De steekproef bestaat uit een willekeurige selectie van jeugdigen die opgenomen zijn in 15 instellingen voor residentiële behandeling in 1992 (N=230). Jeugdigen die korter dan 2 maanden in de instelling hebben gezeten worden niet geïnccludeerd (n=30). Een kwart van de overgebleven 200 jeugdigen is niet van Nederlandse afkomst.</i>	15 instellingen voor residentiële behandeling	Bij de 'blijvers' is de gemiddelde behandelduur 17 maanden en bij de vroegtijdige vertrekkers 12 maanden (een significant verschil).	- CBCL verkorte versie bij opname, fu's Jeugdigen - Vragenlijst m.b.t. risicofactoren afgenomen bij opname, informatie m.b.t. leefmilieu/ omgang met jeugdigen Groepsleiding (staf)	Psychosociale ontwikkeling, externaliserend en internaliserend probleemgedrag	Twee jaar na opname heeft 42% het behandelcentrum volgens plan verlaten, bevindt 7% zich nog in het centrum en is 51% voortijdig vertrokken. 23% is weggelopen of weggestuurd door de instelling. De jongeren die behandeling voltooiën ontwikkelden zich redelijk goed. Er is een significant korter verblijf bij de vroegtijdige vertrekkers. Optimale resultaten in het verminderen van externaliserend gedrag worden bereikt door een therapeutisch milieu met standvastige controle in combinatie met consistente, niet-dwingende, emotionele steun, cognitieve gedragstraining, intensief toezicht op de behandeling en gezinsgerichtheid. Cognitieve gedragtherapie lijkt het meest succesvol in de individuele behandeling en op de tweede plaats staat individueel onderwijs.
*Shane et al. (2003) Amerika	PE 4 cohort groepen: langdurige en kortdurende behandeling uit 3 residentiële voorzieningen	4: opname (intake) en 3, 6 en 12 maanden na opname	419 388 incl fu's	15.9 bij opname	<i>De jeugdigen zijn opgenomen in 3 residentiële programma's en komen uit korte en langdurige programma's (totaal 4 cohortgroepen) Exclusie: verblijfsduur langer dan 9 maanden. 1^e cohort groep uit Los Angeles (n=63): 82% mannelijk, 60% Hispanic en 20% blank en leeftijd van 13 tot 17.5 jaar. 2^e groep uit Oakland (kortdurend, n=148): 72% mannelijk, 69% blank, 13% Hispanic en leeftijd van 13 tot 19 jaar. De groep langdurend (n=44): 73% mannelijk, 44% blank, 23% negroïde, 21% Hispanic en leeftijd van 13 t/m 17 jaar. Tucson (n=164): 73% mannelijk, 43% Hispanic, 39% blank en leeftijd van 15 of 16 jaar. Er zijn 3 subgroepen met vergelijkbare stoornissen: jeugdigen zonder psychiatrische comorbiditeit, co-morbiditeit van internaliserende of externaliserende problematiek en co-morbiditeit van externaliserende en internaliserende problematiek.</i>	3 residentiële drugsbehandeling programma's van 3 verschillende residentiële instellingen	Inhoud: 'nuchter' zijn onder begeleiding, gestructureerde leefomgevingen, individuele en groepstherapie en interventies gericht op gezinsproblematiek. Langdurige residentiële programma's (3-12 maanden) of kortdurende programma's (21-45 dagen). De verblijfsduur van de hele groep heeft een mediaan van 31 dagen met een range van 7 tot 280 dagen.	1 Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): 1 intake versie (GAIN-I) voor bij intake en 1 versie voor 90 dagen na intake (GAIN-M90) afgenomen op 3, 6 en 12 maanden na intake Interview	Frequentie en ernst van middelengebruik (specifiek van marihuana, alcohol en andere drugs) gedurende de laatste drie maanden	Jeugdigen met een gecombineerde problematiek (zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag) hebben een grotere mate van problemen gerelateerd aan middelengebruik en poly-drugs gebruik bij opname en hebben slechtere resultaten (terugval) voor met name andere middelen dan alcohol of marihuana dan jeugdigen zonder co-morbiditeit of alleen internaliserende of externaliserende problemen. Een significant groter aantal adolescenten met gecombineerde problematiek wordt geplaatst in kortdurende residentiële behandeling dan in langdurige residentiële behandeling.
Sinclair & Gibbs (1998) Engeland	NE	2: tijdens verblijf in het tehuis en een follow-up 6 tot 9 maanden na de eerste meting	139 (X/X)	X	<i>De groep jeugdigen wordt niet als zodanig in kaart gebracht.</i>	48 kindertehuizen	De gang van zaken in de kindertehuizen wordt uitgebreid besproken in de studie. Er is daarbij aandacht voor o.a. kenmerken van de instellingen, hulpverleners en het management.	- Interviews Jeugdigen, ouders, hoofd van het tehuis - Zelfontwikkelde vragenlijsten Hulpverleners - Details of Home Questionnaire - Follow-up bij jeugdigen en hulpverleners	Verandering in aanpassing, probleemgedrag, vaardigheden, steun en beroepsactiviteiten van de jeugdigen, relaties met anderen, vaardigheden m.b.t. zelfredzaamheid, delinquentie (aantal veroordelingen), weglopen	Volgens de hulpverleners is er een meerderheid van 139 jeugdigen (64.8%) sprake van een succesvolle plaatsing. In een klein aantal gevallen is het duidelijk niet succesvol (4%). Van de 139 jeugdigen geeft een meerderheid (72.9%) aan dat plaatsing in het tehuis goed is geweest. Bij vertrek gaan jeugdigen weer thuis wonen, naar een pleeggezin, naar een bepaalde vorm van een residentiële voorziening en zelfstandig wonen. Een verandering in het gedrag en aanpassing lijkt er vooral op korte termijn te zijn. De kans op een veroordeling tijdens het verblijf in de instelling is groter voor jeugdigen met een verblijfsduur langer dan 6 maanden met en een eerdere veroordeling dan jeugdigen die dat niet hebben.

Smit (1993) Nederland	NE	1: follow-up gemiddeld 217 dagen na vertrek met een range van 13 dagen tot 3 jaar	149 (76/73) 67 (34/33) met interview	Bijna 18 15 t/m 18 (85%) op moment dataverzameling	<i>In totaal zijn 80 tehuizen benaderd, waarvan 53 toestemming gaven tot medewerking. Van de 53 tehuizen geven 49 toestemming voor het benaderen van de jeugdigen. Gegevens zijn in 1990 verzameld bij 67 voormalige bewoners van tehuizen. De meest recent vertrokken jeugdigen zijn per thuis benaderd.</i> Een groep van 149 jeugdigen wordt beschreven: 84% Nederlandse afkomst, 7% Surinaams of heeft andere achtergrond. Bijna 40% verbleef eerder in 1 of meerdere tehuizen. Direct voor opname is de verblijfplaats: bij eigen gezin (52%), ander thuis of crisisopvang (30%) en pleeggezin en familie. Vrijwillige plaatsing bij 59%. Opnamereden: problemen in de relatie tussen jeugdigen en ouders (93%), gedragsproblemen (72%), gezinsproblemen (63%), schoolproblemen (55%), psychische problemen (46%) en andersoortige problemen.	Tehuizen in de jeugdhulpverlening voor jeugdigen van 12 t/m 21 jaar: 13 behandelingshuizen, 24 tehuizen voor normale jeugd, 5 vakinternaten en 11 bi-internaten	Ontbreekt	- Interview, aangepaste versie Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) Jeugdigen	Situatie na vertrek op basis van dagbesteding, huisvesting, financiële situatie, sociale contacten, vrijetijdsbesteding, druggebruik, alcoholgebruik en politiecontacten	Bijna de helft (44%) van de jeugdigen is niet op reguliere wijze vertrokken. Er is dan sprake van het terughalen van de jeugdige door de ouders, weglopen door de jeugdige of uitplaatsing door de instelling. Na uitplaatsing is 54% van de jongeren teruggekeerd naar huis en 46% zelfstandig gaan wonen. Het merendeel ervaart de thuiskomst als positief. De jongeren die naar huis zijn gegaan zijn de eerste dagen significant vaker bezig met sociale contacten dan jongeren die zelfstandig gaan wonen. De 'zelfstandige' groep gaat significant vaker bezig met opknappen of inrichten van hun kamer of woning en huishoudelijke activiteiten. Een meerderheid van de jongeren (58%) geeft aan nazorg te hebben ontvangen na vertrek uit het thuis.
Sourander, Leijala et al. (1996) Finland	NE	Follow-up meting: Verblijfssituatie na ontslag	100 (77/33)	9.9 3.5- bijna 16 (meetmoment wordt niet vermeld)	<i>De steekproef bestaat uit alle jeugdigen die opgenomen zijn in afdelingen Turku tussen jan 1991 en feb 1993 en Satakunta, Seinäjoki en Lappi tussen jan 1992 en dec 1992 (N=101), waarvan 1 uitvalt in verband met overlijden.</i> Diagnosen (DSM-III-R): Antisociale groep (met een gedragsstoornis, n=12), gemengde gedragsstoornissen groep (gedrag en emotionele stoornis, maar geen antisociale gedragsstoornis, n=49), een emotionele stoornis groep (affectieve of angststoornis, n=29) en een organische en pervasieve ontwikkelingsgroep (n=10): matige mentale retardatie, pervasieve ontwikkelingsstoornis of neurologische syndromen. Co-morbiditeit: bij 45% 2 diagnosen en bij 11% drie. Er is bij geen enkele jeugdige sprake van een psychiatrische opname gedurende 1 jaar voor opname. Redenen opname: gedragsproblematiek, moeilijkheden in schoolomgeving en onvermogen van het gezin om met problemen om te gaan. Redenen opname: schoolweigering (17%), seksueel misbruik (6%) en een suïcide poging (5%). De verwijzer is in 53% een psychiatrische instantie. Voor opname woont 36% bij de ouders, 35% in een 1 ouder gezin, 12% bij 1 hertrouwde biologische ouder, 10% in een adoptief/pleeggezin en 7% in een zorginstelling. De meesten gaan naar een speciale school (64%), 18% gaat niet naar school en 18% gaat naar een reguliere school.	4 kinder-psychiatrische afdelingen in Finland met 8-11 plaatsen	Milieutherapie en 'dyadische' verhoudingen met verpleging bij alle jeugdigen. Verder is er ouderlijke begeleiding (45%), gezinstherapie (55%), individuele therapie (10%) tenminste 1 keer per week en medicatie (6%). Van de plaatsen voor jeugdigen per ziekenhuis zijn 2 tot 3 plaatsen voor jeugdigen met kortdurende behandeling van 4-6 weken. De rest is bedoeld voor jeugdigen met een langdurige behandeling van 9 tot 18 maanden. Bij 19% is er sprake van een crisisopname en bij 8% wordt de kortdurende behandeling onderbroken. De gemiddelde verblijfsduur is 35 dagen voor kortdurende behandeling (range 7 tot 70 dagen) en de geplande verblijfsduur voor langdurige behandeling is 9 tot en met 18 maanden.	- Family demographic form voor opname, Life events vragenlijst, Rutter Parent's Questionnaire A2 bij voormeting Ouders/verzorgers - Rutter's Teacher Questionnaire B2 bij voormeting Docenten - CGAS bij voormeting Psychiater - Telefonisch interview bij follow-up Ouders	Probleemgedrag: emotionele en gedragsmatige symptomen, antisociaal, neurotisch en hyperactief gedrag, mate van functioneren	De helft van de jeugdigen keert terug naar de verblijfplaats voor opname en krijgt ambulante hulp ('outpatient care') na een kortdurend verblijf. Van die groep wordt geen enkele jeugdige gedurende 12 maanden na ontslag opnieuw opgenomen. Van de rest van de groep heeft 40% een langdurige behandeling gekregen en 10% is permanent geplaatst in een instelling of in pleegzorg. De mate van antisociaal gedrag is een belangrijke voorspeller voor langdurige plaatsing of plaatsing gedurende de follow-up.
Ten Brink (1998) Nederland	QE 2 groepen	5: opname, vertrek en follow-ups. Gegevens zijn per meting gebaseerd op een verschillend aantal jeugdigen. Gegevens m.b.t. opname en vertrek zijn gebaseerd op aantallen van 66 tot 187 jeugdigen (afhankelijk van het instrument)	195 (153/42) bij opname	8.9 4-14 bij opname	<i>Alle jeugdigen in de steekproef zijn tussen 30 juni 1986 en 30 juni 1991 opgenomen voor residentiële of dagbehandeling in het Paedologisch Instituut. Bij sommige jeugdigen, met name residentieel opgenomen jeugdigen, ontbreken gegevens van een aantal metingen. Veelvoorkomende reden hiervoor is het al uithuisgeplaatst zijn van jeugdigen.</i> Beschrijving van een groep met 195 jeugdigen: bij 71% zijn beide ouders in Nederland geboren, bij 9% 1 of 2 ouders geboren in Suriname of op Antillen en bij rest is 1 of beide ouders in een ander land geboren. Diagnosen (DSM): emotionele problemen (21%), gedragsproblemen (38%), pervasieve ontwikkelingsproblemen (13%) of onbekend (28%). Ze vertonen bij opname veel leerproblemen: problemen met technisch lezen (55%), spellen (65%) en rekenen (55%). Gemiddelde IQ score van de hele groep is 90 bij opname. Een deel (21%) is voor opname al uithuisgeplaatst. Jeugdigen die residentieel worden opgenomen vertonen bij aanvang meer problemen dan jeugdigen die dagbehandeling krijgen. Oudere jeugdigen vertonen vaker een achterstand dan jongere jeugdigen. Niet-Nederlandse gezinnen blijken cohesiever te zijn dan Nederlandse gezinnen.	Residentiële behandeling (N=121) of dagbehandeling (N=74)	Gemiddelde opnameduur is 22 maanden met een range van 3 tot 63 maanden.	- Scoringsschema dossierinformatie (SDI) m.b.t. opname en ontslag Onderzoeker - CBCL opname en vertrek Ouders en groepsleiders - Intelligentiest (WISC-R, RAKIT of LDT), Brus 1-minuut test, PI-diktee, Schiedamse rekentest (SRT) opname en vertrek Jeugdigen - Gezinsdimensieschalen (GDS) en Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) opname en vertrek Ouders	Probleemgedrag, leerproblemen, intelligentie en opvoedingsomgeving (functioneren van gezin van herkomst)	Zowel bij opname als vertrek is er sprake van leerproblematiek. Er blijkt relatief weinig te veranderen in de leerproblemen. Er is bij vertrek nog steeds sprake van ernstige gedragsproblematiek (bij 70%). Er is bij 30% na vertrek geen sprake meer van ernstige emotionele en gedragsproblemen. Verder blijkt er weinig verandering in het gezin van herkomst van de jeugdigen op te treden tijdens het verblijf, waar de jeugdigen na vertrek weer naar terugkeren. Volgens de ouders is er bij vertrek geen verschil meer in probleemgedrag tussen dag- en residentiële behandeling, terwijl dat er bij de opname wel was (residentiële jeugdigen vertonen meer probleemgedrag). Groepsleiding blijkt over het algemeen weinig verandering te zien in het (internaliserende en externaliserende) probleemgedrag van de jeugdigen en ouders een lichte verbetering.
Thompson & Smith (1996) Amerika	QE 2 groepen:	meerderde: bij opname en elke drie maanden daarna tot lente 1987, (vervolgens (bij	413e/51c na 12 mnd 497e/84c (458/39e)	14.4e 14.7c	<i>Jeugdigen die van mei 1981 tot juni 1985 opgenomen zijn konden geïncludeerd worden (±1200). Inclusie criteria: geschikt bevonden door staf (n=739), toestemming (n=84 niet) en een eerste interview voor of binnen 36 na opname (n=68 niet). Verder zijn 60 jeugdigen niet opgenomen door onbekende reden. Van de 587 deelnemers, start 503</i>	Residentiële voorziening	Father Flanagan's Boys' Home (Boys Town). Residentieel programma met een gespecialiseerd schoolprogramma. Teaching Family Model is de achterliggende benadering. Grote nadruk op schoolprestaties. Jeugdigen in de 'gewone behandeling' (vergelijkingsgroep) krijgen praktisch allemaal counseling	- Interview m.b.t. behaalde cijfers, hoogst behaalde opleiding, behaalde diploma's e.d. Jeugdigen	Schoolprestaties (op basis van behaalde cijfers en behaalde opleiding) en attitudes (belang van colleges volgen en hulp bij huiswerk)	Voorafgaand aan de behandeling is er bij beide groepen vergelijkbaar succes in schoolprestaties. De behandelgroep vertoont significante verbeteringen in zowel schoolprestaties als attitudes tijdens de opname. Ook na ontslag blijft dat verschil bestaan. De prestatie van de behandelgroep neemt wel wat af na ontslag.

	mentele groep) en een controlegroep met 'gewone' behandeling	jeugdigen met 10 of meer interviews) elke 6 maanden. Gemiddeld 4 jaar na ontslag en gemiddeld 11 interviews per jeugdige	(777c) bij aanvang		met het residentiële programma en 84 niet. 5% verlaat het programma binnen 3 maanden en 27% binnen 1 jaar. Slechts 23% blijft in het programma 36 maanden na de komst. Vroeg vertrek betekent meestal een negatieve beëindiging. De behandelgroep (n=497) wordt beschreven: 71% blank, 20% negroïde, 6% Hispanic en 3% van andere afkomst. Vergelijkingsgroep (n=84): 68% blank, 21% negroïde, 7% Hispanic en 4% van andere afkomst.		of een andere vorm van behandeling. Bij het interview dat na 6 maanden wordt gehouden leeft 67% van de vergelijkingsgroep niet bij de ouders en 54% van de groep verblijft in een pleeghuis, groepstehuis of psychiatrische setting (een groot aantal alternatieven). De gemiddelde verblijfsduur is 20 maanden.			
Tinklenberg et al. (1996) Amerika	PE Retrospectief	10-13 jaar follow-up	114 (114/0)	16 bij eerste interview 13-21	<i>Dossiers van alle opnamen van de instelling tussen juni 1973 en maart 1977 zijn bekeken. Ze proberen alle jeugdigen te interviewen die veroordeeld zijn voor moord, mishandeling e.d. tussen 1973-1977. De steekproef bestaat uiteindelijk uit jongeren die fysieke (n=82) en seksueel gewelddadige (n=32) delicten hebben gepleegd. Bijna 80% heeft de diagnose: gedragsstoornis of middelenaafhankelijkheid (ongesocialiseerde agressieve reactie van de adolescentie, groepsdelinquente reactie van de adolescentie, drugsafhankelijkheid of alcoholisme). Er is bij 78 jeugdigen sprake van een strafblad en bij 36 niet. In 1987 werd van de 114 jeugdigen een uitdraai opgevraagd m.b.t. officiële criminaliteitscijfers.</i>	Justitiële jeugdinrichting voor jongens	Er is geen sprake van behandeling	- Interview, dossier, strafdossier van het California Department of Justice	Recidive frequentie (a.d.h.v. officiële registratie van arrestaties)	Van de groep 114 jeugdigen heeft 68% na 10 jaar een strafblad en 32% niet (in Californië). Jongeren die een lage mate van zelfcontrole hebben, recidiveren in hogere mate dan jongeren met een hoge mate van zelfcontrole. De opnieuw gepleegde delicten verschillen ook in kwaliteit.
Van Dam (2005) Nederland	NE	Studie 1 2: bij opname (binnen 6 weken en 6 maanden na opname) en follow-up van 2 tot 55 maanden. Gebruikte instrumenten zijn niet hetzelfde bij opname en follow-up Studie 2 1: follow-up 1 jaar na vertrek uit de behandelinrichting en een ½ jaar na vertrek uit de opvanginrichting	95 (95/0) met vertrek 126 (126/0) bij opname	16.6 van de 126 jongens op moment van afname tests 19.2 van de 57 jongens	<i>De onderzoeksgroep: jongens die gedurende april 1995 t/m december 1998 zijn opgenomen. Uitgesloten zijn jeugdigen die weigeren mee te doen (n=15) of zwakbegaafd zijn, onvoldoende taalvaardig of uitgeplaatst voor de testafname (n=7). 95 jongens (75%) heeft op het moment van dataverzameling de instelling verlaten. Het onderzoek is opgedeeld in een aantal deelonderzoeken. De groep 126 jeugdigen in de eerste studie wordt heel kort beschreven. De helft (52%) van de groep is van West-Europese afkomst, 18% Noord-Afrikaans, 9% Surinaams, 8% Antilliaans, 5% Turks en 9% heeft een andere afkomst (Afrikaans, Zuid-Amerikaans, Indonesisch). 63% heeft een strafrechtelijke maatregel en 37% een civielrechtelijke. De groep uit studie 2 (die gerecidiveerd kunnen hebben, n=74) heeft ongeveer dezelfde etniciteit verhoudingen.</i>	Justitiële behandelinrichting (De Hunnerberg)	Behandeling is gebaseerd op principes van de omgevings- en leertherapie. Er is sprake van een gestructureerde leefomgeving. Individuele behandeling wordt door leertheorie gestuurd en bestaat onder andere uit een delictanalyse. De gemiddelde verblijfsduur van die groep is 22 maanden. De groep in detentie is daarbij jonger dan de jongens in behandeling. Bovendien verblijft de groep in detentie korter (gemiddeld 4 maanden) dan de behandelgroep (28 maanden).	- Dutch Personality Questionnaire (DPQ) en Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) bij opname in studie 1 126 jeugdigen - Zelf ontwikkeld Follow-up interview for Living Circumstances (FL) en Zelfrapportage vragenlijst voor delinquent gedrag bij fu in studie 2 57 jeugdigen - Arrestaties - De Eyencks' Personality Questionnaire Revised EPQ-R) is bij 2 andere steekproeven afgenomen	Recidive (optreden van een delict en ernst van het delict op basis van officiële arrestaties en zelfrapportage)	Na vertrek uit de inrichting komt 64% van de 95 jeugdigen die uit de instelling vertrokken zijn door een arrestatie met justitie in aanraking. Drie kwart van de 57 jeugdigen waar een interview mee is gehouden geeft aan dat ze één of meer delicten hebben gepleegd na hun vertrek. Er is een kleine groep waarbij er een hoge mate van psychoticisme, extravasie en neuroticisme ('PEN') is. Op basis van een dergelijk 'PEN profiel' kan geen onderscheid worden gemaakt tussen jeugdigen die wel en niet recidiveren. Tussen de groep die uit de behandeling komt en de groep uit opvang is een significant verschil in recidive: jongens uit de opvang recidiveren vaker (81%) dan jongens uit de behandeling (53%). De protectieve factor negatieve attitude ten aanzien van crimineel gedrag maakt een onderscheid tussen recidivisten en niet-recidivisten. Het hebben van een niet-deviante beste vriend en het ontvangen van nazorg verminderen de kans op ernstige recidive.
Van der Heiden-Attema & Wartna (2000a) Nederland	NE	1: follow-up gemiddeld 42 maanden gevolgd na vertrek met range van 2 tot 62 maanden	383 (279/104) 378 met fu	15.4 bij opname	<i>De aanvankelijke populatie bestaat uit 383 jeugdigen die in 1993 zijn opgenomen in justitiële behandelinrichtingen. De recidive gedurende het moment van vertrek tot 1 mei 1998 wordt per jeugdige in kaart gebracht (observatieperiode per jeugdige verschilt). Van de groep worden 5 jeugdigen verwijderd, omdat die nog in de inrichting verblijven of geen vastgestelde uitstroombdatum hebben. Etniciteit (n=383): 50% Nederlands, 13% Surinaams/Antilliaans, 18% Marokkaans, 9% Turks/Zuid-Europees, 3% Aziatisch en 6% anders. Bij 80% is plaatsing op basis van een civielrechtelijke maatregel (OTS en voorgedij) en bij 20% op grond van een strafrechtelijke maatregel. Bij 96% is er sprake van een of meer eerdere plaatsingen, waarbij 39% er vier of meer heeft. Er is bij 80% sprake van problemen op vier of meer probleemgebieden. Die probleemgebieden zijn: hechtingsproblematiek, hyperactiviteit, delictgedrag, recalcitrantie, gedragsproblemen en drugsgebruik en weglopen.</i>	11 justitiële behandelinrichtingen	In rapporten van Boendermaker wordt de inhoud van de behandeling in inrichtingen e.d. beschreven. Over het feitelijke verloop van de behandeling is geen informatie beschikbaar. Een meerderheid van de jeugdigen (68%) verblijft in een open inrichting en 32% in een gesloten inrichting. De gemiddelde verblijfsduur van de jeugdigen is bijna 16 maanden, waarvan 25% binnen een half jaar vertrekt.	- Informatie uit het Justitieel Documentatiesysteem (JDS) en de Herkenningsdienst van de politie (HKS)	Recidive (op basis van justitiecontacten)	Bij 47% is er sprake van een regulier vertrek (einde behandeling, opheffing maatregel of bereiken maximum leeftijd). Bij 25% is er een niet regulier vertrek, omdat er sprake is van weglopen of niet terugkeren van verlof. In totaal komen 225 jeugdigen als 'recidivist' naar voren uit de justitiële documentatie. In het eerste jaar na vertrek recidiveert 30% van de 378 jongeren en in het tweede jaar na vertrek is 47% gerecidiveerd. Drie jaar na vertrek neemt het aantal recidivisten niet veel meer toe en na vier jaar is er sprake van 63% recidive. Van de civielrechtelijk geplaatsten heeft 57% na het verblijf één of meer justitiecontacten en 71% van de strafrechtelijk geplaatsten. De recidivedelicten bestaan vooral uit vermogensdelicten (61%). Ook agressieve delicten (18%) en gewelddadige vermogensdelicten (10%) komen relatief veel voor. Een belangrijke voorspeller voor recidive is het hebben van een justitieel verleden. Ook meer justitiecontacten, lagere leeftijd op het moment van de eerste uithuisplaatsing en een hoge mate van ervaren problematiek voorspellen een grotere kans op recidive.

Van der Ploeg & Scholte (2003) Nederland	PE	3: bij opname, 6 maanden na opname en 12 maanden na opname	108	15 totale groep (N=150)	Vermeld van de totale groep (N=150)	9 residentiële programma's in Nederland	Theorieën van de programma's	- CBCL, NPV-J, Psychopathie schaal Groepsleiding, jongeren	Psychosociaal functioneren	Volgens de groepsleiding is er bij de helft sprake van een duidelijke vooruitgang en bij 37% enige vooruitgang (totaal 87%). Jeugdigen die zich volgens groepsleiding minder positief ontwikkelen zijn vooral jeugdigen die zich niet aan regels houden, problemen hebben met groepsleiding en groepsleden en verlaat van verlof terugkeren. Jeugdigen die zich minder positief ontwikkelden hebben vooral negatieve relaties met de leiding en groepsleden en worden minder systematisch geëvalueerd. Van de jeugdigen vindt 25% dat de hulp heel goed geholpen heeft en 33% vindt het goed (totaal 58%). Na 1 jaar heeft 34,7% (N=52) de instelling verlaten. Bij 45% is sprake van afronding, 24% is overgeplaatst, 13% weggegaan en 18% voortijdig uitgevallen (totaal 31% drop-out).
*Van Dijk & Hilhorst (1993) Nederland	PE	2: voor start van het experiment en bij vertrek van jeugdigen uit de instelling of na einde van het experiment	52 (X/X)	X	Een beschrijving van de in de studie participerende jeugdigen ontbreekt. Er wordt wel vermeld waar de instellingen zich op richten. Het orthopedagogisch centrum richt zich op jeugdigen en gezinnen, het sociaal-agogisch centrum op jeugdigen met psychosociale problemen van 16 tot 21 jaar, het vakinternaat op jongens en meisjes van 10-18 jaar in een problematische opvoedings- en/of opleidings-situatie en de instelling Baanderhoek op jeugdigen en het gezin.	1 unit van een orthopedagogisch centrum, 2 huizen van een sociaal-agogisch centrum, 6 leefgroepen van een orthopedagogisch vakinternaat en een leefgroep van de instelling Baanderhoek	Er is een beschrijving van de 4 instellingen, de methodiek, doelstellingen e.d. Het Ervingsleren wordt beschreven met de onderliggende theorie: 6 principes voor de methodiek en de belangrijkste kenmerken van het programma, waaronder fysieke activiteiten en inzet, er op uitgaan e.d.	- Analyse schriftelijke informatie, interviews, Decision Determinant Questionnaire (DDQ) Medewerkers - Self Description Questionnaire (SDQ), Locus of Control (LOC) en Utrechtse Coping Lijst (UCL) Jeugdigen	Zelfbeeld, locus of control en copingstijl	Ervingsleren lijkt ertoe te leiden dat jeugdigen een positiever zelfbeeld krijgen, een meer intern gerichte beheersingsoriëntatie krijgen en hun problemen actiever aanpakken.
*Van Haaster et al. (1997) Nederland	QE	5: bij opname, einde training en 3, 6 en 12 maanden na VT-training	67 (28/27) (n=55 met afronding) VT groep 416 totale groep	15 t/m 19	In totaal zijn 416 jeugdigen gescreend, waarvan 92 geïnterviewd. Na de interviews zijn 67 jeugdigen in de VT groep terechtgekomen. Voor deelname aan de VT zijn jeugdigen gescreend op basis van het thuisloosheidsrisico. Twee criteria vormen een indicatie op dat risico: 1. onvolledig gezin en een labiel gezinsverleden en 2. sprake van ernstig probleemgedrag. De meeste jeugdigen zijn 15 t/m 17 jaar (89%). Minder dan een derde (31%) heeft een niet-Westerse etnisch culturele achtergrond. Bijna de helft (49%) woont vlak voor opname in de residentiële voorzieningen niet meer in een gezin. Jeugdigen die de VT doorlopen hebben met name een labielere gezinsachtergrond en hard- en softdrugsproblemen. Ook zwerfgedrag, gedragsproblemen op school, plegen van diefstallen en psychosomatische klachten komen relatief veel voor vergeleken met de begingroep. Voor aanvang van de training passen zij zich slecht aan op de groep in de residentiële voorziening. VT jeugdigen hebben significant vaker een verhoogd risico op thuisloosheid dan niet geselecteerd jeugdigen (tussengroep).	Vertrektraining (VT) ambulante aangeboden. Implementatie in 4 residentiële organisaties	Bij aanvang van de VT verblijven de jeugdigen nog in de residentiële voorziening. Het doel is om de jeugdige spoedig zelfstandig te laten wonen. Het hoofddoel: voorkomen dat jongeren met een verhoogd risico op thuisloosheid na vertrek uit de instelling ook daadwerkelijk thuisloos worden. De training is kortdurend (maximaal 10 weken, exclusief nazorg) en intensief. Contactmomenten en inhoud ervan worden beschreven. Een succesvolle training wordt gedefinieerd a.d.h.v. 5 doelrealisaties: stabiele verblijfplaats, structurele dagbesteding, legale inkomsten en balans in uitgaven, opgeschoonde strafzaken en 'stabiel' sociaal ondersteunend netwerk. De hulp is gericht op de opbouw van een sociaal ondersteunend netwerk en op de vergroting van vaardigheden die de jeugdigen nodig hebben om goed te kunnen functioneren in de (nieuwe) leefomgeving. De uitvoer wordt gedaan door speciaal getrainde hulpverleners. Het handelen van die hulpverleners is gericht op het activeren van de jeugdige.	- Aanvangsvariabelenlijst (AV-lijst) en screeningslijst bij opname - Intake commissie o.a. - Herooverwegingsformulier op aanvraag, Mutatielijst bij verandering hulp, Groepsleidersformulier bij risico screeningslijst Groepsleiding - Screeningsinterview bij risico screeningslijst, Formulier Tijdschrijven en Verrichtingen (FTV) gedurende VT, Exitlijst bij einde VT, Follow-up lijst bij fu's, Criterialijst bij einde VT en 3 fu's Vertrektrainers - Interview met doelenlijst, haalbaarheidslijst en doelbereikingslijst	Doelrealisatie (voldoen aan successcriteria), mate van aanpassing ('overall' aanpassing, kwaliteit van relaties met belangrijke anderen en reden van verandering hulp, Groepsleidersformulier bij risico screeningslijst Groepsleiding - Screeningsinterview bij risico screeningslijst, Formulier Tijdschrijven en Verrichtingen (FTV) gedurende VT, Exitlijst bij einde VT, Follow-up lijst bij fu's, Criterialijst bij einde VT en 3 fu's Vertrektrainers - Interview met doelenlijst, haalbaarheidslijst en doelbereikingslijst	Er is bij 10% sprake van een voortijdige beëindiging van de VT. Redenen voor de voortijdige beëindiging zijn verslavingsproblematiek, psychiatrische problematiek, gebrek aan motivatie en voortijdige terugkeer naar de ouder(s). Volgens de trainers worden er bij veel jongeren goede resultaten bereikt. Naarmate jongeren verder in het VT-traject gevorderd zijn, gaan zij zich beter aanpassen. Dat blijft in stand na beëindiging van de training. De aanpassing geldt voor de stabiliteit van de verblijfplaats, de aanpassing in het algemeen en de kwaliteit van relaties met belangrijke anderen. Voor een meerderheid van de jeugdigen is 6 maanden na beëindiging van de training een redelijk evenwichtige situatie ontstaan. Meer dan 2/3 (71%) voldoet aan vier successcriteria (stabiele verblijfplaats, adequaat financieel beheer, structurele dagbesteding, opgeschoonde strafzaken en een steunend sociaal netwerk). Er worden door ouders en de instellingen positieve uitingen gedaan over de werkwijze en uitvoering van de training.
Van Ooyen-Houben (1991) Nederland	PE	4: 2 à 3 maanden, 9, 18 maanden en 2 jaar na de uithuisplaatsing (meting 1 bij N=140, meting 2 bij N=128, 3 bij N=109)	124 (81/59) 30t (19/11) 27p (14/13)	0 tot 11	Inclusiecriteria: jeugdige moet op moment uithuisplaatsing jonger dan 11 jaar zijn, het moet de eerste uithuisplaatsing zijn, een verblijf van minimaal 14 dagen en toestemming voor deelname. Van de 155 gemelde plaatsingen zijn er 15 uitgevallen. Gedurende het onderzoek valt 11% uit. Bij 90% van de jeugdigen wordt bij aanvang één of meer problemen en stoornissen gesignaleerd. Meest genoemd zijn onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen (29%), motorische onrust (26%), gespannenheid (26%), driftbuiten/ ongeremdheid (26%), concentratieproblemen (24%), verlegenheid/ achterdochtigheid (23%), speelstoornissen (23%), angstigheid (22%), afhankelijkheid (21%) en koppigheid/ opstandigheid (20%). Jongere jeugdigen worden over het algemeen als minder problematisch beoordeeld dan oudere. Bij 44% is er sprake van een één ouder gezin en de meeste kostwinners oefenen geen beroep uit (61%) of bevinden zich in een lagere beroeps categorie. De maatschappelijk werkers geven aan dat de problematiek die een reden vormt voor	Tehuis (n=30) en pleeggezin (n=27) (wel apart behandeld)	Voorname jeugdigen in tehuissituaties krijgen een speciale behandeling, zoals speltherapie (50%), bewegingstherapie, fysiotherapie of logopedie, meestal 1 keer per week. Er is 1 keer per twee weken contact met ouders.	- Child Behavior Characteristics Form (CBC) bij alle metingen Ouders/pleegouders/ groepsleiding, docenten Nijmegen-California Kindersorteertechniek (NCKS) bij meting 1 en 4 Ouders/verzorgers - Junior Persoonlijkheds Vragenlijst (NPV-J), Korte Amsterdamse Biografische Vragenlijst voor Kinderen (KABVK), Leids Diagnostische Test (LDT) en WISC-R bij 1 en 4, Denver Ontwikkeling Screeningstest (DOS) bij 1, 2 en 4 en RAKIT bij 2	Lichamelijk functioneren, sociaal-emotioneel functioneren, cognitief functioneren	Na twee jaar kan de groep van 124 jeugdigen worden ingedeeld in 4 groepen. Ten eerste zijn er jeugdigen die voortdurend in een tehuis (24%) hebben verbleven, jeugdigen die voortdurend in een pleeggezin (22%) hebben verbleven en jeugdigen die zowel in een tehuis als pleeggezin verbleven hebben (11%). De vierde en grootste groep bestaat uit jeugdigen die naar huis zijn teruggegaan (53%). Jeugdigen die verblijven in een tehuis vormen zowel aan het begin als eind van het onderzoek de meest problematische groep. Na een uithuisplaatsing is er over het algemeen sprake van geen grote, noch positief noch negatieve, verandering. Er is sprake van een verbetering in lichamelijk en cognitieve functioneren. Jeugdigen worden als minder angstig en gespannen gezien. Antisociale en aandachtstekort stoornissen (agressief, onrustig moeilijk hanterbaar gedrag) blijken persistent. Er lijkt een vermindering in de mate van ernstig probleemgedrag te zijn. Leeftijd van het kind en

					uithuisplaatsing in een klein aantal gevallen (3%) overwegend bij het kind ligt. Bij 97% heeft de opnameproblematiek vooral te maken met de thuis-situatie of met een combinatie van problemen. Bij 85% van de gezinnen is er al sprake geweest van contact met ambulante hulpverlening, waarvan bij 45% langer dan 2 jaar. Op lichamenlijk gebied wordt de begintoestand van de jeugdigen vooral gekenmerkt door een slechte lichamenlijke conditie.			Jeugdigen - Bastiaansen interview (pleeg)ouders/ groepsleiding, sociaal maatschappelijk werker verantwoordelijk voor de plaatsing en docenten		de frequentie van oudercontacten hangen samen met factoren die gerelateerd zijn aan de ontwikkeling. Het niveau van functioneren bij opname is de beste voorspeller van het functioneren na twee jaar. De resultaten verlenen geen steun een de bewering dat jeugdigen in de ene verblijfsplaats beter zouden doen dan in de andere.
*Voets & Michiels (2002) België	NE	1: follow-up 4 tot 48 maanden na ontslag (retrospectief)	38 (X/X)	11 3-16 bij opname	<i>De ouders van de jeugdigen worden als informatiebron gebruikt. Daarvan moet het kind minimaal 6 maanden zijn opgenomen. Diagnosen jeugdigen: gedragsstoornissen, oppositionele stoornissen, regulatieproblemen (o.a. ADHD) en ontwikkelingsproblemen. Een opname is er door symptomen en opvoedingsproblemen.</i>	Oudertraining en ouderbegeleidende technieken tijdens residentiële zorg voor jeugdigen	Parent-managment training in een residentiële context. De methodieken zijn: deurcontacten, leermomenten in de groep, bezoek groepsleider thuis, telefooncontacten, oudercursus, deelname aan teamvergaderingen en ouderbegeleiding. Toelichting op die methodieken wordt in de studie vermeld. De gemiddelde opnameduur van de jeugdigen is 15 maanden.	- Semi-gestructureerd interview, Klachtenlijst Adolescenten versie ouders (KLAD) Ouders	Verbetering pedagogische vaardigheden van ouders en tevredenheid van ouders over de oudertraining	De meeste ouders krijgen meer inzicht in het gedrag en in de aanpak van hun kind en zien vooruitgang. Ze geven aan zich gesteund te voelen. Contacten tussen groepsleiding en ouders en gesprekken met de ouderbegeleider worden als erg leerrijk beoordeeld door de ouders. Ook minder gebruikte methoden, deelnemen aan een teamvergadering en participerende observatiemomenten in de leefgroep, worden als positief beschouwd. De meningen over de oudercursus (tweewekelijkse cursus in een groep, focus op pedagogische vaardigheden door groepsleiding en ouderbegeleiding) zijn verdeeld, wel globaal goed. De effecten van interventies gericht op het stoppen van die negatieve processen (hieronder vallen: voorbeeld groepsleider, bespreken met groepsleider, deurcontact en gesprekken met ouderbegeleider) worden beoordeeld als effectief.
Wells, Wyatt & Hobfoll (1991) Amerika	NE	1: follow-up na ontslag gemiddeld na 1.8 jaar (range 1 tot 3 jaar)	50 (29/21)	14.8 10 t/m 17 bij opname	<i>Selectie jeugdigen op basis van aantal criteria: 1) tenminste 6 maanden zijn opgenomen, 2) ontslagen tussen juli 1985 en februari 1988, 3) tenminste 12 maanden ontslagen uit het programma, maar niet langer dan 36 maanden en 4) leeftijd tussen 13 jaar en 19 jaar op het moment van dataverzameling. Van de 89 jeugdigen die aan criteria voldoen worden er 50 in de studie opgenomen. Er blijken geen verschillen te zijn tussen de wel en niet geïnterviewde jeugdigen. Kenmerken groep: etniciteit: blank (86%), negroïde (14%). Een derde heeft getrouwde ouders. 46% zit in voorarrest tijdens de opname in het programma.</i>	Residentiële behandelprogramma	Gemiddelde verblijfsduur van de jeugdigen is 1.6 jaar met een range van 0.5 t/m 3.8 jaar.	- Dossierinformatie - Interview jeugdigen - Rosenberg Self-Esteem Scale, Mastery Scale from the Offender Self-Image Questionnaire for Adolescents (OSIQ), 4 vragen uit het Child Welfare League Follow-up Interview, 4 vragen van een follow-up interview m.b.t. justitiële inrichtingen, 2 vragen van het Child Welfare Interview, korte versie van de Social Support Questionnaire (SSQ), Multidimensional Assessment of Stressful Life Events Scale (SLE)	Aanpassing van de jeugdige na vertrek (op basis van 7 dimensies: zelfvertrouwen, 'mastery' en aanwezigheid van psychopathologie, betrokkenheid in school/ werkrol, geen betrokkenheid in antisociaal gedrag, geen middelengebruik en geen gebruik van gesloten psychiatrische zorg na ontslag)	Een grotere steun van het gezin is voorspellend voor een hogere mate van zelfvertrouwen, hogere mate van 'kennis beheersing' en minder psychopathologie bij de jeugdigen. Steun van het gezin, stress en stabiliteit zijn samen gerelateerd aan de mate van aanpassing
*Wigboldus & Wolsink (1999) Nederland	QE	2: voor- en nameting	14 25 bij aanvang	15/16 13 tot 18	<i>Jeugdigen die worden opgenomen zijn normaal begaafd. Een aantal groepen wordt bij voorbaat uitgesloten: een crisisopvanggroep (vanwege de korte verblijfsduur), een behandelgroep seksueel geweld (vanwege het niet kunnen of willen functioneren in een gemengde trainingsgroep) en een Hulp op Maat groep (vanwege onregelmatige aanwezigheid in de instelling). Het gedrag van de drie overgebleven groepen: forse acting-out problemen, opstandigheid en agressiviteit leidend tot problemen en die aanleiding zijn tot opname. Daarna is er nogmaals een selectie uit de drie groepen op basis van de (verwachte) bruikbaarheid en praktische argumenten. Jeugdigen uit de controlegroep hebben zwaardere psychosociale problematiek dan de jeugdigen uit de experimentele groep. Twee jeugdigen uit de semi-residentiële behandeling zijn voortijdig gestopt (11%). Als redenen wordt genoemd: te weinig stimulatie van de jeugdigen door de groepsmedewerkers en het klimaat van de instelling.</i>	Trainingsprogramma voor Emotionele en Cognitieve Vaardigheden (TECV) in een (semi-) residentiële instelling de Helperborg met 6 units	Behandeling in de (semi-)residentiële instelling is gebaseerd op het competentiemodel en is gericht op het gedrag van de jeugdigen. De Rationeel Emotieve Therapie (RET) vormt een onderliggende theorie van het trainingsprogramma. De training is gericht op het rationeler en realistisch beoordelen van situaties. Het bestaat uit 10 groepslessen (minimaal 3 à 4 deelnemers tot maximaal 6) van elke een uur en 15 minuten, gedurende 6 weken 2 keer per week. Een uitgebreide beschrijving per les wordt in de studie vermeld. De training is gegeven door groepsopvoeders met de onderzoekers als co-trainer.	- Rational Behavior Inventory (RBI), Lijst voor Innerlijk Welbevinden (IWV) Jeugdigen	Irrationale gedachten en innerlijke welbevinden	Bij de groep die de training heeft gehad is er een grotere mate van vooruitgang dan bij de groep die de training niet heeft gehad. De jeugdigen die de training gevolgd hebben zijn (niet significant) vooruitgegaan in het rationeel denken en het innerlijke welbevinden is (niet significant) afgenomen. Meer problematische jeugdigen lijken meer te profiteren van de training wat betreft het rationeel denken dan minder problematische jeugdigen. Een zwaardere psychosociale problematiek lijkt gepaard te gaan met een verminderde vooruitgang in innerlijk welbevinden.

Wilson et al. (2001) Amerika	NE	follow-up tot 4,5 na vrijlating	134 (134/0)	15.9 13 t/m 19	<i>Jeugdigen zijn op basis van vrijwillige deelname geselecteerd. Bovendien moeten de jeugdigen een vragenlijst hebben voltooid en moeten er follow-up gegevens van hen aanwezig zijn. Delinquenten: hun gemiddeld aantal eerdere delicten is ruim 4. Etniciteit: 43% blank, 35% negroïde, 21% Hispanic, 1% anders.</i>	Justitiële jeugdinrichting	Ontbreekt	- Weinberger Adjustment Inventory, Substance Abuse Screening Inventory Jeugdigen	Recidive (a.d.h.v. officiële registratie van arrestaties)	Persoonlijkheidstrekken (weinig remming) blijken voorspellers te zijn van middelenmisbruik en recidive. Er worden aanwijzingen gevonden voor interactie tussen persoonlijkheid en behandeling.
Zander et al. (2001) Duitsland	PE	3: voormeting, nameting en een follow-up 8 maanden na beëindiging	43 (15/28) met nameting	15.4 12 t/m 18	<i>Niet geïncludeerd zijn gezinnen: met een kind ouder dan 12 jaar, met een kind met geestelijke beperkingen of ernstig leerproblemen, die niet in staat zijn om vragenlijsten in te vullen door bij psychische of spraakproblemen, waarbij het kind als crisis zonder therapiecontract wordt opgenomen en met een kind die niet expliciet voor behandeling is opgenomen.</i> De groep met 43 jeugdigen wordt beschreven. Diagnosen: stoornissen in sociaal gedrag (36%), aanpassingsstoornissen (16%), eetstoornissen (16%), affectieve stoornissen (10%), neurotische stoornissen (8%), emotionele stoornissen in de kinderleeftijd (8%) en andere stoornissen (6%). De jeugdigen zijn allemaal Duitse burgers. Iets meer dan een derde (37%) leeft voor opname bij de ouders, 16% leeft bij de levenspartner van de moeder, 9% bij pleegouders of grootouders. Meestal gaan de jeugdigen naar school; middelbare school (26%) of atheneum (23%). De steekproeven van wel en niet deelnemende jeugdigen verschillen alleen in het soort geslacht (niet-deelnemers groep bestaat uit minder meisjes). Een niet-reguliere beëindiging van de behandeling is er bij 7 gezinnen (±14%; niet duidelijk uit welke groep ze vallen).	Intramurale psychiatrische behandeling volgens het "Viersener Modell"	Per behandeling worden gemiddeld 7.5 gezinsgesprekken, waarvan 7% alleen met ouders, gevoerd in een periode van 15.6 dagen. De gemiddelde verblijfsduur is 14.9 weken.	- YSR bij voormeting en nameting Jeugdigen, broers en zussen - BSI bij voor- en nameting (verkorte SCL-90), Partnerschapsfragebogen (PFB) bij voor- en nameting Ouders - Verändersfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) bij nameting, Allgemeinen Familienbogen (FB-A) bij voor- en nameting Jeugdigen en het gezin - Skalia zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen (GARF) bij voor- en nameting Therapeuten - Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-J,-E,-T) bij nameting: Jeugdigen, het gezin en therapeuten	Psychiatrische symptomen, individuele problemen en ervaring en gedrag in het algemeen bij jeugdigen en hun gezin	Er is een afname (met name bij meisjes) van psychiatrische symptomen van voor tot na de opname. Er is bij de vaders (met name) en de moeders sprake van een verbetering in symptoombelasting. Jeugdigen voelen zich bij ontslag nog weinig beperkt door hun problemen. Bij zowel jeugdigen als hun ouders is er een verandering richting meer ontspanning, kalmte en optimisme. De behandelaspecten van resultaat- en proceskwaliteit worden door de gezinsleden overwegend succesvol en tot tevredenheid stellend beoordeeld. De relatie met therapeuten wordt als beste beoordeeld en het algemene kader van de behandelvoorwaarden krijgt de slechtste beoordeling. Er is geen duidelijke verbetering in de kwaliteit van de relatie tussen de ouders. De therapeuten zien een significante verbetering in het functioneren van de gezinsrelaties, maar de ouders zelf niet. Gedurende 8 maanden na de behandeling blijft de verbetering in problemen op hetzelfde niveau.
Zoccolillo & Rogers (1991) Amerika	NE Beschrijvend	2: voormeting en follow-up van 21 tot 48 maanden na de opname	53 (0/53) met fu 55 bij aanvang	13 t/m 16	<i>Meisjes die opgenomen zijn in een gesloten adolescenten afdeling voor kortdurende behandeling tijdens twee tijdperiodes in 1987 en 1988 en 1 van de ouders zijn gevraagd mee te doen (N=76). Inclusie: bij diagnosen van conduct disorder. Exclusie bij psychotische stoornis. 55 meisjes voldoen aan de criteria. Etniciteit: 89% blank, 5% negroïde en 5% Hispanic. Een meerderheid (84%) is niet eerder opgenomen voor psychiatrische problemen of middelenmisbruik. Voor opname heeft 73% geen psychiater of art bezocht voor psychiatrische problemen. 35% komt van de crisisafdeling, 13% uit het ziekenhuis i.v.m. suicide pogingen, 51% zijn directe opnamen. Reden opname: suicide pogingen (38%), suicide dreigingen (16%), weglopen (20%), gezinsconflicten (9%), verergering antisociaal gedrag (4%), verergeren depressie (4%) e.d. Diagnosen o.a.: depressie (24%), dysthymie (9%), gedragsstoornis en somatisatiestoornis (7%), aanpassingsstoornis (7%) ODD (2%) en gedragsstoornis en middelenmisbruik (5%).</i>	Gesloten afdeling voor adolescenten in een psychiatrisch ziekenhuis	Kortdurende behandeling. Behandeling met medicatie (n=13). Voor de meesten bestaat behandeling uit gezinstherapie, individuele psychotherapie en een geïndividualiseerd gedragsprogramma. Gemiddelde verblijfsduur is 26 dagen met een range van 2 tot 92 dagen.	- Interview bij opname op de afdeling en fu - Diagnostic Interview Schedule bij opname - Medisch dossier m.b.t. de opname	Recidive (arrestaties bij crimineel gedrag/contact met justitie), psychiatrische symptomen, situatie na vertrek (getrouwd, opleiding, criminaliteit, ongevallen e.d.)	Voordat er een interview kon worden gehouden zijn 2 meisjes weggelopen (4% van de 55 geïncludeerd). Gemiddeld 2 jaar sinds de opname is 50% in contact gekomen met justitie/politie, is 38% opgenomen in een psychiatrische kliniek en 35% in een kindertehuis of behandelcentrum geplaatst. Bij 48% is er sprake van weglopen.

¹ In de tabel worden diverse afkortingen gebruikt, waaronder soms fu (follow-up) en ppn (proefpersonen).

² De studies waarin interventies uitgevoerd in een residentiële setting zijn geëvalueerd worden weergegeven met een sterretje (*).

³ Studies met twee sterretjes ervoor (***) zijn naar alle waarschijnlijkheid opgenomen in de statistische meta-analyse van Scherrer (1994). Het is niet met volledige zekerheid vast te stellen, omdat Scherrer (1994) geen literatuurlijst van de meta-analyse studies in zijn proefschrift heeft opgenomen.

⁴ NE = niet-experimenteel, PE=pre-experimenteel, QE=quasi-experimenteel en E=experimenteel.