

Informatiepakket InZicht

bijgewerkt dd 07-04-2011

Algemeen

Algemeen

InZicht, Centrum voor Orthopsychiatrie te Nijmegen, behandelt en begeleidt jongeren van 12-21 jaar met een IQ van 70 of hoger, waarbij sprake is van ernstige externaliserende gedragsproblemen én (vermoeden van) psychiatrische problemen (bijv. ADHD, Autisme). Veel van deze jongeren zijn bekend met agressief en (dreigend) crimineel gedrag, hebben conflicten met ouders, school of de werksituatie en gebruiken relatief vaak alcohol en drugs.

Het centrum bestaat uit een polikliniek, waar ambulante behandeling plaats vindt en een kliniek, waar jongeren kunnen worden opgenomen. De hulp kan met het gezin, individueel en in groepen worden geboden. Gezinsgesprekken zijn, mits mogelijk, een vast onderdeel van de behandeling.

Mocht u na het lezen van dit informatiepakket toch nog vragen hebben kunt u natuurlijk ook nog onze website bezoeken www.inzichtnijmegen.nl, u kunt ons een mail (info@inzichtnijmegen.nl) sturen of bellen met ons secretariaat (024 3283690).

De openingstijden van ons secretariaat komen overeen met de openingstijden van onze polikliniek. Maandag t/m vrijdag van 09.00 tot 17.00 en op donderdag ook van 17.00 tot 20.00.

Waarom Orthopsychiatrie

Het starten van een Orthopsychiatrisch Centrum in deze regio is een direct gevolg van het verstrekken van vergunningen voor 180 plaatsen Orthopsychiatrie door het ministerie van VWS in 2006. Aanleiding waren de resultaten uit een onderzoek binnen Justitiële Jeugdinstellingen (JJI's) waaruit bleek dat veel jongeren met een OTS (Onder Toezichtstelling) en psychiatrische problemen onterecht verbleven in de JJI's.

In dit kader zijn aan Nijmegen 24 erkende klinische plaatsen Orthopsychiatrie toegewezen als aanvulling op het bestaande aanbod van de Jeugd-GGz om hiermee aan de opdracht te kunnen voldoen voor de genoemde jongeren een aanbod te ontwikkelen.

InZicht is aanvankelijk ontstaan uit een samenwerking tussen drie instellingen: GGz Nijmegen, de Pompestichting en Karakter (instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Gelderland en Overijssel). De polikliniek van het Centrum is in mei 2006 van start gegaan als onderdeel van Kairos, de polikliniek van de Pompestichting. De kliniek van InZicht is in januari 2007 geopend met een één afdeling van 8 bedden op het terrein van GGz Nijmegen. In juni 2007 is de polikliniek ook naar dat terrein verhuisd. Sinds februari 2007 is InZicht een maatschap, waarbij GGz Nijmegen en Karakter samen verantwoordelijk zijn voor de exploitatie. De Pompestichting blijft enkel inhoudelijk betrokken.

Een nieuw te bouwen kliniek op het terrein van GGz Nijmegen voor 24 toegewezen erkende plaatsen zal in 2011 gereed zijn. Momenteel hebben we 9 bedden. De polikliniek wordt ook in een nieuw gebouw gehuisvest en groeit in verhouding mee van 5000 verrichtingen in 2007 via 7500 in 2008 naar 12.000 verrichtingen in 2012.

Visie InZicht

Polikliniek en kliniek functioneren als één centrum, waarin dezelfde behandelvisie geldt. Medewerkers van de polikliniek zijn betrokken bij de hulpverlening in de kliniek en omgekeerd.

De belangrijkste pijlers voor onze behandelvisie zijn enerzijds de sterke systeemgerichtheid en anderzijds

de gerichtheid op de individuele jongere zèlf. Afhankelijk van de fase van de zorg, van het behandeltraject en de behandelvorm worden er verschillende accenten gelegd in de systeemgerichtheid en de individuele gerichtheid. Van belang is dat, waar mogelijk, altijd de omgeving (ouders/voogd) betrokken wordt bij het hulpverleningsproces. De jongere zelf wordt zo zelfstandig mogelijk gemaakt en eveneens verantwoordelijk voor de oplossing van problemen.

We hebben een aantal uitgangspunten geformuleerd op basis waarvan wij menen de kwaliteit en effectiviteit van onze zorg te vergroten: we passen zoveel als mogelijk wetenschappelijk getoetste effectieve behandelmethodes toe, we stellen praktische doelen, we kiezen voor een motiverende respectvolle benadering, we handelen niet repressief maar problematiseren, we maken heldere afspraken over veiligheid en we richten ons op samenwerking met andere hulpverlenende instanties.

Voor meer informatie over visie verwijzen wij graag naar bijlage 1: Behandelvisie InZicht

Ontwikkeling InZicht

Er is momenteel veel aandacht voor probleemjeugd. Het item is hot en zal ongetwijfeld nog lange tijd prominent op de verschillende agenda's (politiek, zorg, welzijn) staan. Dat betekent ook dat een orthopsychiatrisch centrum als InZicht nodig is.

Bij InZicht gaat het ons inziens anders toe dan in vele andere geestelijke gezondheidscentra voor jeugd. Er is een nauwe directe samenwerking tussen polikliniek en kliniek, we zijn servicegericht en handelen snel. We werken zoveel als mogelijk met wetenschappelijk getoetste effectieve methodes en doen ook zelf onderzoek om naar een academisch centrum te groeien. We kiezen voor een problematiserende opstelling itt een (harde) bestraffende aanpak. We stellen onze jongeren in hun systeem centraal en luisteren naar hun ideeën en plannen, waarbij we de potentiële mogelijkheden op realistische coachende wijze ondersteunen.

De basis wordt nu gelegd; personeel wordt geschoold, visie en methodiek worden eigen gemaakt, protocollen worden geschreven, samenwerking wordt aangeaan (zorginstellingen, onderwijs) en onderzoek wordt opgestart. We zijn nog in het begin van de ontwikkeling, maar hopen op termijn toonaangevend in de regio te zijn voor genoemde moeilijke doelgroep, die vaak moeilijk ergens terecht kan.

Doelgroep, Verwijzers & Aanmelding

Doelgroep

InZicht is er voor jongeren van 12-21 jaar met een IQ van 70 of hoger, waarbij sprake is van ernstige externaliserende gedragsproblemen én (vermoeden van) psychiatrische problemen (bijv. ADHD, Autisme). Veel van deze jongeren vertonen vaak agressief en (dreigend) crimineel gedrag, hebben grote conflicten met ouders, school of de werksituatie en gebruiken relatief vaak alcohol en drugs.

Doelgroep en Regio

InZicht is er niet alleen voor jongeren in de regio Nijmegen. Jongeren uit het gehele land zijn welkom. Omdat wij betrokkenheid van systeemleden/voogd belangrijk vinden voor een goede behandeling moet beoordeeld worden of de afstand tussen woonplaats van de jongere/systeem en Nijmegen behandeling niet in de weg staat.

Verwijzers

Jongeren binnen de doelgroep kunnen naar InZicht worden verwezen middels een schriftelijke aanmelding.

Onze belangrijkste verwijzers zijn huisartsen, Bureau Jeugdzorg, (jeugd)reclassering, gezinsvoogdij, de Raad voor de Kinderbescherming, jeugd-GGZ, verslavingszorg en zorg voor dak- en thuislozen.

Aanmeldprocedure

Aanmelden voor (poli)klinische behandeling kan alleen schriftelijk. Gebruikt u daarvoor het aanmeldformulier of schrijf een verwijsbrief, waarin de thema's van het aanmeldformulier verwerkt zijn. Voor aanmelding is een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg nodig of een verwijzing van de huisarts. Neem bij twijfel over aanmelding even contact op.

Na aanmelding vindt de intake zo snel mogelijk plaats, samen met ouders/voogd en liefst verwijzer. Een intake vindt altijd plaats op de polikliniek. Na de intake wordt de indicatie voor een behandeltraject gesteld; ambulante (gezin/individueel) dan wel klinisch.

Voorafgaand aan een klinische opname vinden nog gesprekken plaats (startgesprek en opnamegesprek) om afspraken te maken betreffende individuele doelen, individuele programma, mogelijke voortzetting van school en andere activiteiten in thuissituatie, inzet ouders, etc. De opname wordt zo goed mogelijk voorbereid, met als doel de opname zo kort en effectief mogelijk te kunnen laten zijn.

Voor een aanmeldingsformulier verwijzen we u naar de laatste pagina van deze brochure.

Behandeling en Behandeltrajecten

Behandeling

We kiezen zo veel als mogelijk voor evidence based behandelmodules als FFT (Functional Family Therapy), ERT (Emotie Regulatie Training) en ART (Agression Replacement Training). Daarnaast zijn er ook andere modules voor begeleiding en behandeling.

In het algemeen is onze behandeling/begeleiding en training gericht op:
bewustwording en verandering van omgangspatronen binnen het gezin
het vergroten van de interne motivatie tot gedragsverandering
controle van (agressief) gedrag.
het stabiliseren van eventueel aanwezige psychiatrische problematiek
het vergroten van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid
het vergroten van probleemoplossend vermogen
het versterken van de eigen weerbaarheid

Behandeltrajecten

InZicht onderscheidt in grote lijnen drie behandeltrajecten, die in elkaar over kunnen gaan:

Een poliklinisch, ambulante behandeltraject op het gezin gericht:
Ambulante Gezinsbehandeling

Een poliklinisch, ambulante diagnostiek en behandeltraject, vooral op de jongere zèlf gericht:
Ambulante Individuele behandeling

Een klinisch behandeltraject, waarvoor opname in de kliniek:
Klinische behandeling

Ambulante Gezinsbehandeling: Functional Family Therapy (FFT)

Inleiding

FFT (Functional Family Therapy) vormt een belangrijk behandeltraject binnen InZicht, Centrum voor Orthopsychiatrie. De behandeling wordt gekenmerkt door een systeemgerichte aanpak, waarbij er van wordt uitgegaan dat het verbeteren van de onderlinge relaties en communicatie in het gezin het risico op grensoverschrijdend gedrag van de jongere vermindert. De contacten met het gezin vinden wekelijks plaats op de polikliniek. Indien noodzakelijk kunnen ook huisbezoeken worden afgelegd.

FFT is een intensieve, kortdurende behandeling die bestaat uit drie fases. In de eerste twee fases zijn er wekelijkse behandelcontacten, in de derde fase wordt dat minder frequent. In totaal duurt de behandeling gemiddeld 6 tot 9 maanden, waarin ongeveer 25 behandelcontacten plaatsvinden.

Doelgroep

De behandeling richt zich op gezinnen met jongeren met externaliserende gedragsproblemen. Mogelijk zijn deze jongeren reeds in aanraking gekomen met justitie. In principe is de behandeling gericht op jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Er is echter een uitloop mogelijk naar 21 jaar, mits de desbetreffende jongere opgroeit binnen zijn gezin.

Doelstelling

Doelstelling is om middels verbetering van het functioneren van het gezin te komen tot een verminderde kans op herhaling van grensoverschrijdende gedragingen.

Het effect van FFT

Internationaal wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat FFT de recidive van delicten vermindert, het functioneren van de gezinnen van deze jongeren verbetert en de kans op een uithuisplaatsing doet afnemen.

Het team

InZicht beschikt over een team van FFT-therapeuten. Om de kwaliteit van de behandeling te waarborgen ontvangen zij wekelijks supervisie over de casuïstiek. Indien nodig, kan de therapeut een beroep doen op de psychiater die werkzaam is binnen InZicht.

Werkwijze

Functional Family Therapy bestaat zoals eerder geschreven uit drie fases:

1. Verbindings- en motiveringsfase

Doelstellingen van de eerste fase zijn: het ontwikkelen van een evenwichtige samenwerkingsrelatie tussen de therapeut en alle betrokken gezinsleden; de toename van hoop en vertrouwen dat men er samen uit gaat komen; en de afname van negativiteit en beschuldigingen. Deze doelen worden bereikt door ieders probleembeleving en de bijbehorende gevoelens te erkennen en door vervolgens te zoeken naar de positieve intenties van eenieder. Zo kunnen geleidelijk de oude, vaak beschuldigende probleembelevingen vervangen worden door een gezamenlijk gedragen thema dat de gezinsleden met elkaar verbindt en dat hoop en perspectief biedt op verandering. Daarbij wordt voor elk van de gezinsleden een uitdaging geformuleerd; ieder kan een bijdrage leveren aan de verbetering van het gezinsfunctioneren.

2. Gedragsveranderingsfase

De aangemelde gezinnen kenmerken zich door herhaalde interactiepatronen waarbij de spanning en boosheid steeds hoog kunnen oplopen. In de tweede fase van FFT worden met het gezin vaardigheden besproken en geoefend die tot meer constructieve interactiepatronen leiden. Er kan geoefend worden met communicatie, onderhandelen, probleemoplossen, pedagogische vaardigheden of conflictbeheersing. Daarbij wordt steeds teruggegrepen op het nieuwe thema dat gezinsleden en therapeut in de verbindings- en motiveringsfase samengesteld hebben. Er wordt ook rekening gehouden met de verschillen die er kunnen zijn tussen de gezinsleden als het gaat om de mate of de intensiteit waarin zij contact met elkaar wensen.

3. Generalisatiefase

In de laatste fase gaat het gezin de geleerde vaardigheden toepassen in nieuwe situaties en leert het gezin een eventuele terugval zelf op te vangen. Eventueel kunnen belangrijke instanties als school betrokken worden. Het gezin kan gestimuleerd worden actief op zoek te gaan naar aanvullende ondersteuning. In deze fase ligt de frequentie van de gesprekken lager. Het gezin wordt aangemoedigd om bij nieuwe problemen te leren vertrouwen op de nieuw aangeleerde oplossingsvaardigheden.

Ambulante Individuele behandeling

Algemeen

InZicht heeft verschillende modules ontwikkeld die op indicatie worden ingezet binnen de verschillende behandelingstrajecten. We kiezen voor zoveel als mogelijk “evidence based” behandelmodules (ART en ERT). Tijdens een FFT-behandeling worden in principe geen andere modules aangeboden, maar in bijzondere gevallen kan een uitzondering worden gemaakt voor aanvullende diagnostiek en/of medicamenteuze ondersteuning.

Aggression Replacement Training (ART)

Inleiding

Deze training is bedoeld voor jongeren die problemen hebben met het reguleren van hun agressie. Doel is hen een aantal vaardigheden aan te leren, waardoor de kans verminderd kan worden op problemen met anderen. De module wordt aangeboden in samenwerking met de jongere en zijn/haar gezin en andere belangrijke betrokkenen (bijv. school of groepsleiding). Tevens wordt rekening gehouden met eventueel aanwezige psychiatrische problematiek.

Effecten

De methode ART, die in de V.S. is ontwikkeld door Goldstein, Glick en Gibbs, is in meerdere onderzoeken (o.a. Barnoski, 2004) al naar voren gekomen als een effectieve behandelmethode voor agressie problemen bij jongeren. Om ervoor te zorgen dat de uitvoering van de training zo effectief mogelijk is, werkt Inzicht samen met andere organisaties die ervaring hebben met het op effectieve wijze toepassen van ART zoals de Stichting Goldstein en een aantal van de ontwikkelaars van ART uit de V.S. Samen met hen wordt gekeken hoe Inzicht de training zo goed mogelijk kan laten aansluiten bij de doelgroep waar Inzicht mee werkt. Om deze reden zal de jongeren gevraagd worden om op een aantal momenten in de training *vragenlijsten* in te vullen.

Inhoud van de training

De training bestaat uit drie onderdelen en vindt onder begeleiding van twee trainers in groepsverband plaats. De training vindt plaats gedurende 15 weken en is 3 uur per week.

De deelnemers leren bij het onderdeel *sociale vaardigheden* om op een meer sociaalvaardige manier te reageren op lastige situaties met anderen in plaats van met agressief gedrag.

Door middel van groepsdiscussies over morele problemen, kunnen de deelnemers bij het onderdeel *moreel redeneren* leren, om denkfouten bij zichzelf te herkennen en minder egocentrisch te denken.

Middels het toepassen van een cirkel van aantal denkstappen en kalmerende technieken leren de deelnemers bij het onderdeel *woede beheersing* meer grip te krijgen op zichzelf wanneer zij boos worden. De sociale vaardigheden en woede beheersingstechnieken worden middels oefensituaties, gebaseerd op ervaringen uit het dagelijks leven van de deelnemers getraind. ART is dus veel doen en betrekkelijk weinig praten.

Afspraken

Nadat er een intakegesprek is geweest, stellen deelnemers voordat de training begint samen met één van de trainers een *leerovereenkomst* op. Hierbij worden afspraken gemaakt afgestemd op de deelnemer omtrent aanwezigheid, leerpunten die passen bij de deelnemer, huiswerk en extra aandachtspunten (bijv. de neiging om te laat te komen of om afspraken te vergeten).

Na 5 weken vindt een *tussen evaluatie* plaats waar de deelnemer samen met de trainer stil staat bij het verloop van het leerproces en wordt het leercontract zo nodig aangepast.

Verder vindt op twee momenten een *informatie avond* plaats, voor ouders/verzorgers en leerkrachten. Hier krijgen ouders en verzorgers handvatten om in te spelen op wat de deelnemer leert in de training.

Emotie Regulatie Training (ERT)

Doelgroep

Het gaat om jongeren die hun gedrag en emoties moeilijk kunnen reguleren, die hierdoor regelmatig in de problemen komen en veelvuldig (emotioneel) appèl doen op hun omgeving en op de hulpverlening. Hun stoornis uit zich bijvoorbeeld in relationele problemen, het snel in conflict raken, een moeizaam verlopende schoolgang, zelfbeschadigend gedrag of suïcidale gestes. Het zijn jongeren die regelmatig last hebben van heftige stemmingswisselingen en impulsief gedrag.

Doelstellingen

De training is erop gericht het zicht op kwetsbaarheid van de jongeren te vergroten, ze te leren hun emoties en gedrag beter te reguleren, ze te leren verantwoordelijkheid te erkennen voor eigen gedrag en ze vaardigheden aan te leren om deze verantwoordelijkheid aan te kunnen. Jongeren leren zo beseffen dat ze onder de meeste omstandigheden eigen keuzemogelijkheden hebben.

Inhoud

De ERT is een groepsbehandeling. Groepen bestaan uit maximaal 8 jongeren en 2 therapeuten. De training bestaat uit 17 wekelijkse zittingen van anderhalf uur en uit 2 terugkomzittingen van een uur.

Emotieregulatietraining bestaat uit verschillende onderdelen:

- In het onderdeel Uitleg over emotieregulatieproblemen wordt uitleg gegeven over emotionele buien. Ook wordt verteld hoe de training is opgezet en komen de verwachtingen van de training aan de orde.
- In het onderdeel Aanleren van emotieregulatievaardigheden leert de jongere herkennen waardoor emoties soms onnodig hoog oplopen en met welke denkwijze (cognities) dit te maken heeft. Er wordt gezocht naar passende cognities en gedrag.
- In het onderdeel Jezelf leren kennen wordt ingegaan op hoe de jongere zichzelf beter kan leren kennen. Dit met als doel om erachter te komen welke manier van reageren bij hem/haar hoort en welke aanpak, adviezen en oplossingen hier het beste bij passen.
- In het laatste onderdeel Leefstijlontwikkeling wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van een leefstijl waarbij emotionele buien zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen en zo min mogelijk negatieve consequenties hebben. Geoefend wordt in het evenwichtiger en planmatig omgaan met eten, slapen, sport, werk en vrije tijd, met lichamelijke gezondheid, met geld en met relaties.

Voorwaarden voor deelname

Hoewel de drempel om aan de training deel te kunnen deelnemen laag moet zijn, zijn er een aantal voorwaarden waaraan de jongere moet voldoen om van de training te kunnen profiteren. Er moet sprake zijn van enige lijdensdruk en van enige motivatie. Ook bij geringe motivatie is de kans groot dat de jongere door de groepsleden verder over de drempel wordt geholpen. Deelname onder druk van de omgeving alleen lijkt echter niet te werken. Daarnaast moet de jongere voldoende bereid en in staat zijn om naar zichzelf te kijken en de oorzaak en het gevolg van zijn/haar gedrag in relatie met de omgeving willen onderkennen. Om te kunnen profiteren van een groepstraining moet de jongere voldoende bereid en in staat zijn om ervaringen met de groep te delen en de zittingen bij te wonen zonder dat er sprake is van agressief gedrag, middelengebruik en zelfbeschadiging. Ook moet hij/zij zich bereid verklaren in principe elke zitting bij te wonen.

Behandelverantwoordelijkheid

De cursist blijft gedurende de training zijn/haar eigen behandelaar houden. Deze wordt over de start en het beëindigen van de ERT geïnformeerd door de trainers. Bij problemen die niet direct verband houden met de training wordt zo nodig met deze behandelaar contact opgenomen. Dit gebeurt bij voorkeur door de cursist zelf, bij uitzondering door de trainer, uiteraard nadat dit met de cursist is besproken. Het is de bedoeling dat de behandelaar na afloop van de cursus met de jongere bespreekt hoe hij/zij verder gaat met hetgeen in de cursus is geleerd.

Psychologisch onderzoek

Reden van onderzoek

Psychologisch onderzoek wordt gedaan om meer inzicht te verkrijgen in de interesses, de verstandelijke mogelijkheden, de karaktereigenschappen en de belevingen van een jongere. De onderzoeksresultaten stellen de behandelaar in staat om de jongere beter te begrijpen, om zodoende een beter hulpaanbod te kunnen doen.

Verloop van het onderzoek

Een volledig psychologisch onderzoek bestaat uit een aantal onderdelen. Afhankelijk van het doel van het onderzoek kan hier een selectie uit gemaakt worden.

- **Gesprek**
- **Observatie**
Tijdens het onderzoek observeert de onderzoeker o.a. de contactname, de werkhouding en de concentratie.
- **Intelligentietest**
Deze test bestaat uit een aantal opgaven die een beroep doen op taalvaardigheid en ruimtelijk denken. Soms staat hiervoor een vastgestelde tijd. De uitslagen worden vergeleken met de prestaties van leeftijdgenoten.
- **Persoonlijkheidsonderzoek**
Middels vragenlijsten, tekeningen en/of vertelplaten wordt inzicht verkregen in de persoonlijke stijl waarop een jongere naar zichzelf en zijn/haar omgeving kijkt en deze beleeft.
- **Neuropsychologisch onderzoek**
Dit onderzoek geeft inzicht in de werking van specifieke functies, zoals concentratie, geheugen en planning.

Adviesgesprek

Nadat het onderzoek is uitgevoerd worden de observaties en testresultaten samengevat in een verslag. Aan de hand daarvan worden voor zover dat mogelijk is conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor eventuele behandeling of begeleiding.

Aan de hand van dit verslag volgt er een nagesprek waarin de onderzoeksbevindingen en adviezen uitvoerig worden besproken met de jongere, zijn of haar ouders en eventueel de verwijzer

Psychologisch onderzoek

Psychologisch onderzoek wordt gedaan om meer inzicht te krijgen in de interesses, de verstandelijke mogelijkheden, de karaktereigenschappen en de belevingen van een jongere. De resultaten van het onderzoek stellen de behandelaar in staat om de jongere beter te begrijpen, waardoor een passend hulpaanbod kan worden gedaan.

Een volledig psychologisch onderzoek bestaat uit een aantal onderdelen; gesprek, observatie, intelligentietest, persoonlijkheidsonderzoek, neuropsychologisch onderzoek.

Na het onderzoek worden de observaties en testresultaten samengevat in een verslag. Aan de hand daarvan worden, voor zover dat mogelijk is, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor eventuele behandeling of begeleiding.

Overige Poliklinische behandelmodulen

Diagnostiek

Psychiatrische en psychologische diagnostiek, waaronder intelligentieonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek en neuro-psychologisch onderzoek.

Medicamenteuze behandeling

Deze wordt verzorgd door een kinder- en jeugdpsychiater.

Ondersteunende begeleiding

Deze begeleiding kan afhankelijk van de hulpvraag verschillende doelen hebben. In dit kader kan er ook aandacht zijn voor dagbesteding, vrije tijd, omgaan met geld.

Ouderbegeleiding, gezinsbegeleiding

Ouders krijgen de mogelijkheid apart hun problemen in het omgaan met de jongere te bespreken.

In het kader van nazorg na opname kan gezinsbegeleiding (ouders met jongere) geïndiceerd zijn.

Psycho-educatie

Informatie over de onderzochte problematiek, diagnose wordt verstrekt en adviezen hoe ermee om te gaan.

Individuele psychotherapie

Afhankelijk van de individuele hulpvraag kan een psychotherapeutische behandeling geboden worden, welke veelal cognitief gedragstherapeutisch van aard is.

Delictanalyse en terugvalpreventie

Aan de hand van een gestructureerde risicotaxatie worden belangrijke risicofactoren geïdentificeerd.

Vervolgens wordt in samenspraak met de jongere een plan opgesteld om deze factoren te beïnvloeden dan wel te controleren. Doel is om terugval in het grensoverschrijdende gedrag te voorkomen.

Klinische behandeling

Kliniek Algemeen

InZicht kiest zo veel als mogelijk voor effectieve interventies. We richten ons derhalve op de individuele jongere en het gezin/systeem en niet op de opgenomen jongeren als therapeutische groep. We counceelen individueel, trainen inter-persoonlijke en probleemoplossende vaardigheden en plegen gezinsgerichte en gedragsmatige interventies. Daarbij maken we ook gebruik van de poliklinische behandelmodulen als bijvoorbeeld ART, ERT en diagnostiek.

De cultuur binnen InZicht kenmerkt zich door aandacht voor motiveren, het betrekken van gezin bij de behandeling, het problematiseren van probleemgedrag en middelengebruik, een niet repressief anti-separeerbeleid gericht op voorkomen van dwang en drang, coaches die dichtbij de jongeren staan, veel aandacht voor intervisie/training van personeel en een voortdurende ontwikkeling.

De kliniek heeft 9 bedden in ruime eenpersoonskamers, die jongeren voor een groot deel ook met eigen spullen mogen inrichten. Er is sprake van een gemengde groep, waarbij altijd aandacht voor een verantwoorde samenstelling van jongens en meisjes.

In 2011 hopen wij dat de nieuwbouw gereed is en groeien we naar 3 afdelingen met elk 8 bedden.

Indicatie voor klinische opname

In het algemeen kan worden gesteld dat er een indicatie voor opname in de kliniek is als jongeren uit de doelgroep zodanig vastgelopen zijn dat ambulante begeleiding/behandeling (tijdelijk) tekort schiet. Meer concreet worden jongeren naar ons verwezen met de volgende vragen.

- Stabiliseren van een (dreigende) crisissituatie; een korte klinische opname leidt tot herstel van instabiele situatie van jongere en/of gezin. De opnameduur wordt meestal vooraf afgesproken en is maximaal 3 maanden.
- Diagnostiek en observatie; door 24-uurs observatie en diagnostisch onderzoek kan diagnose (beter) worden gedefinieerd. Opname duurt maximaal 2 maanden.
- Klinische behandeling; de behandeling duurt gemiddeld 3-6 maanden met een maximum van een jaar.
- Second opinion; instellingen en jeugdhulpverleners kunnen ook gebruik maken van onze expertise bij specifieke vragen over diagnostiek, aanpak van gedrag of bij problemen met jongeren. Een tijdelijke opname kan tot nieuw inzicht leiden of een team van een andere instelling tijdelijk ontlasten. Duur van de opname is maximaal 3 maanden.
- Nazorgtraject na strafrechterlijke maatregel; een jongere kan weer begeleid worden aan terugkeer in maatschappij na een langere tijd gesloten setting.

Opname en IBS, RM, OTS, PIJ

De meeste opnames zijn op vrijwillige basis, maar er worden ook jongeren met een “maatregel” opgenomen. Alle bij InZicht aangemelde jongeren, die binnen de inclusiecriteria vallen krijgen een intake op de polikliniek van InZicht. Ook de jongeren die voor een opname in aanmerking komen.

Dat betekent dat er alleen “geplande” opnames gedaan worden en nooit acute crisisopnames. Een jongere met een acute maatregel als een In Bewaringstelling (IBS) wordt dus niet opgenomen, maar een jongere die elders verblijft met een al (langer) bestaande maatregel als een Rechterlijke Machtiging (RM) of Onder Toezichtstelling (OTS) kan wel worden opgenomen.

Wij zijn erg naar buiten gericht en wij geven jongeren ruimte om hun doelen te bereiken. We hebben derhalve een besloten afdeling. Jongeren die een permanent gesloten setting behoeven vanwege bijvoorbeeld een strafrechtelijke uitspraak (PIJ) nemen wij niet op.

Wij zijn van mening dat onze werkwijze jongeren uit de doelgroep helpt, ook al menen anderen dat een permanent gesloten, meer repressieve, structurerende setting nodig is. Bij twijfel over al dan niet verwijzen overleggen wij graag.

Een vrijwillige crisisopname kan incidenteel voorkomen, maar is alleen mogelijk als er een bed vrij is en alleen bedoeld voor jongeren die bij ons in zorg zijn (geweest).

Behandelaanbod

Trainingen en therapie zijn gericht op bewustwording en alternatieven voor gedrag en op stabiliseren en verbeteren van mogelijk aanwezige psychiatrische problematiek. Alle poliklinische individueel gerichte modules (ART, ERT, diagnostiek, medicatie etc.) kunnen ook worden aangeboden aan klinisch opgenomen jongeren. Gedurende opname kan (tijdelijk) geen FFT gedaan worden, omdat gezin en jongere dan niet bij elkaar leven. FFT kan wel aansluitend aan opname aangeboden worden.

Er zijn individuele behandelplannen, waarbij jongere én systeem nadrukkelijk worden betrokken. Er zijn geen therapeutische groepsmomenten, we maken met jongeren afzonderlijk afspraken.

Er is voor een sterk individuele benadering gekozen, omdat veel jongeren binnen de doelgroep moeite hebben om goed in een groep te functioneren en omdat bekend is dat groepsinvloeden bij de doelgroep negatieve effecten kunnen hebben, zowel op de jongeren zelf als op de medewerkers.

In de kliniek wordt gewerkt met het sociaal competentiemodel. Er is nadrukkelijk oog voor de mogelijkheden van jongeren zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. De coaches brengen de sterke en zwakke kanten, het sociale netwerk, het middelengebruik en het omgaan met geld en vrije tijd duidelijk in kaart. Op basis daarvan worden ook praktische doelen geformuleerd.

Doelen

In het algemeen is het doel van een klinische opname stabilisatie en de ontwikkeling weer op gang helpen, zodat thuis en op school/werk weer voldoende gefunctioneerd kan worden. Zodra een opname geen meerwaarde meer heeft, wordt toegewerkt naar ontslag. De behandeling kan een poliklinisch vervolg krijgen.

Thema's die centraal staan zijn excessief gedrag leren reguleren, versterking van eigenheid, zelfvertrouwen en autonomie, beslissingen leren nemen, omgaan met verslaving en middelengebruik, omgaan met medicatie, psycho-educatie, verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, omgaan met geld, huisvesting en zorg dragen voor een zinvolle dagbesteding als school, werk en vrije tijd.

De doelstellingen tijdens klinische behandeling zijn gebaseerd op "Wat heb je nodig om het in de maatschappij te kunnen redden?"

Doelen zijn dus meestal praktisch en "naar buiten" gericht, waarbij we onderdak, onderwijs, stage, werk, financiën en vrijetijdsbesteding zien als onmisbaar voor toekomstperspectief.

Coaches

Coaches zijn de medewerkers in de kliniek die voor de continuïteit van het behandelproces zorgen en die met de jongere diens competenties in de verschillende leefgebieden in kaart brengen

Coaches werken in de 24-uurszorg. Een jongere krijgt er één of twee van hen toegewezen als persoonlijke coach(es). Deze persoonlijke coach is de spil in het behandelproces en vervult een centrale rol in de opvang en begeleiding van de opgenomen jongeren en hun ouders/voogd. Er is minimaal tweewekelijks contact met de jongere en een wekelijks contact met ouders/voogd.

De coach helpt de jongere met de opbouw van een persoonlijke map, waarin leerdoelen, behandelplan, weekplan en afspraken zitten. De coach plant de behandelplanbesprekingen en nodigt alle betrokkenen daar voor uit. Tijdens een behandelplanbespreking is de positie van de coach er vooral een naast de jongere ter ondersteuning en verduidelijking.

Uiteraard is deze (persoonlijke) coach in het kader van continuïteit in de 24-uurszorg voor alle jongeren aanspreekbaar als hij in dienst is.

Voor de leefgebieden rond sociale contacten/vrije tijd en onderwijs/werk hebben we specialisten. Het gaat om coaches “vrije tijd & activiteit” en om een leerkracht/trajectbegeleidster voor (bemiddeling bij) onderwijs, stage en werk. Deze laatste is door Kristallis (cluster 4 school) bij ons gedetacheerd.

Onderwijs & Vrije tijd

Voor onderwijs/werk en vrije tijdsbesteding stellen we als doel dit te regelen in de plaats waar de jongere na ontslag gaat wonen. Omdat er ook jongeren van (ver) buiten de regio Nijmegen komen is dat een ambitieuze doelstelling.

De medewerkers richten zich dus op onderwijs en activiteiten in de woonplaats van de jongere. Ze nemen contact op met de (oude) school en verenigingen om te horen hoe het daar ging en of er terugkeermogelijkheden zijn. Mogelijk moet een alternatief in/rond de woonplaats worden gezocht.

Voor jongeren uit de regio Nijmegen proberen we te realiseren dat de jongere het onderwijs gedurende de opname weer oppakt en tussen kliniek en school heen en weer reist met goede afspraken. Dat geldt ook voor hobbyclubs. Voor jongeren die verder weg wonen is dat niet mogelijk. Huiswerkopdrachten en lesmateriaal kunnen dan eventueel digitaal worden verzonden. Zo mogelijk wordt er voor de tijd van de opname naar een alternatieve school of club in de buurt van de kliniek gezocht. Door samenwerking met de Kristallis scholengroep (Cluster 4 school) kunnen jongeren daar (soms) tijdelijk worden geplaatst.

Zo nodig kan de leerkracht ook zelf les geven aan de jongere gedurende de opname. Ook voor de coaches vrije tijd geldt dat ze zelf activiteiten op de afdeling verzorgen o.a. sportactiviteiten.

Bejegening

De bejegening en houding van de medewerkers in de kliniek is een fundamenteel instrument om onze visie uit te kunnen dragen en om ons inziens resultaten te kunnen behalen met deze doelgroep.

Het daadwerkelijk hebben/maken van contact met de jongere is essentieel. Wij geloven in een motiverende houding, waarin coaches ondersteunend, bemiddelend, afstemmend, spiegelend en soms confronterend zijn. We blijven rustig, leggen uit waarom we doen wat we doen en nemen in principe geen hiërarchische positie in. Ouders en/of voogd blijven (tot 18 jaar) opvoedkundig eindverantwoordelijk.

We gaan uit van de goede bedoelingen van een jongere. Er is een luisterend oor en nadrukkelijk aandacht voor hun kwaliteiten en mogelijkheden. Initiatieven en wensen van jongeren worden toegejuicht en op haalbaarheid getoetst. Jongeren krijgen bij ons in principe altijd een (nieuwe) kans. Onze normen en waarden komen niet altijd met die van de jongeren overeen. Dat kan een probleem zijn, maar dat hoeft niet. We zijn kritisch naar onze “maat” en leggen die niet op.

Jongeren mogen bij ons fouten maken en kunnen en mogen bij ons (begeleid) “op de bek gaan”. We problematiseren probleemgedrag en kiezen niet voor repressie. Vanuit een anti drang en dwang beleid maken we met jongere en ouders/voogd expliciete afspraken over wat te doen bij onveilig en gevaarlijk gedrag.

Problematiseren

”Problematiseren” is een gevleugeld woord geworden in de kliniek en een belangrijke taak van de coaches. Gedragsproblemen als agressie, overlast, grensoverschrijdend gedrag, middelengebruik of gebrek aan verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, worden geproblematiseerd; we maken gedrag bespreekbaar en kiezen niet voor een bestraffende repressieve structurerende opstelling.

Voor zover mogelijk doen we dat op basis van aanmeldinformatie al vóór opname, zodat het al in een vroeg stadium in het behandelplan kan worden opgenomen. Problematiseren leidt tot bewustwording van gedrag en mogelijke alternatieven.

Wij zijn van mening dat het problematiseren van gedrag in combinatie met heldere afspraken over gevaarlijk gedrag en veiligheid hebben geleid tot een afname van dwang naar nihil.

Veiligheid

De persoonlijke veiligheid voor iedereen is een voorwaarde om tot zinvolle hulpverlening te kunnen komen. We hanteren een aantal basisregels om de veiligheid op de afdeling te waarborgen voor jongeren

en personeel. Deze basisregels, waarin wij expliciet benoemen wat we bedoelen met onveilig/gevaarlijk gedrag, dienen door jongeren en ouders/voogd vóór opname onderschreven te worden. Een ontstane crisis lossen we niet koste wat het kost op met repressie binnen de muren van de afdeling. Jongere en ouders/voogd krijgen hierin nadrukkelijk verantwoordelijkheid. Bij aanhoudende onveilig gedrag wordt de opname ter discussie gesteld.

Veiligheid creëren we ook met onze werkwijze en bejegening. Coaches zijn vooral actief en in de buurt van de jongeren en trekken zich niet in hun kantoor terug. Er is een luisterend oor voor de ideeën en gedachten van de jongere, zonder meteen een waardeoordeel te hebben. Wij blijven de jongere er op wijzen dat hij er niet voor ons is, maar om iets te leren en iets van zijn leven te maken.

De afdeling kent een anti-separeerbeleid. Er wordt gewerkt met crisisstappenplan dat ingaat in een vroege fase van toename van spanning. Binnen dat kader wordt waar nodig een time-out/moment van herbezinning toegepast buiten de afdeling (bijv. thuis). De afdeling is besloten; de voordeur is permanent gesloten, maar in samenspraak met ouders krijgen de jongeren na korte tijd vrijheden.

Alcohol en Drugs

Veel van de jongeren in de doelgroep gebruiken relatief vaak alcohol en drugs. Elke jongere gaat daar op een andere wijze mee om en niet iedereen reageert hetzelfde op deze genotmiddelen. Wij verbieden het gebruik van alcohol en drugs op de afdeling. Handel in middelen is verboden. Gebruik op het terrein wordt ontmoedigd. Het gebruik buiten de afdeling/terrein tijdens verlofmomenten is niet verboden. Over gebruik buiten de afdeling en/of het onder invloed zijn op de afdeling maken we met de jongere individueel afspraken. Ook hier wordt zo nodig gedrag geproblematiseerd.

We richten ons op bewustwording van de (schadelijke) gevolgen van het gebruik, het (veilig) leren omgaan met gebruik en het motiveren tot zoeken naar alternatieven voor gebruik.

Bij onveilige situaties die voortkomen uit handel/gebruik van drugs, worden maatregelen getroffen als ter discussie stellen van de opname en eventueel aangifte doen. Veiligheid gaat hierbij boven individuele behandeldoelen.

Wetenschappelijk onderzoek bij InZicht

Algemeen

InZicht past zoveel als mogelijk wetenschappelijk getoetste effectieve interventies toe, maar levert zelf ook een actieve bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek in nauwe samenwerking met Karakter, kinder en jeugdpsychiatrie en het UMC St Radboud. De keus voor wetenschappelijk onderzoek is gemaakt omdat “evidence based” werken steeds meer de richtlijn van ons behandelaanbod gaat bepalen en er binnen de doelgroep van InZicht in dat opzicht nog relatief weinig onderzocht is. Om beter te begrijpen wat oorzaken en mechanismen van externaliserende gedragsstoornissen zijn en om behandeling effectiever te kunnen inzetten is het van groot belang aandacht en energie aan onderzoek te besteden.

Binnen Karakter Zetten/Tiel en Inzicht gaan begin 2009 twee onderzoekslijnen van start. Een klinisch praktische onderzoekslijn (Risperdal versus ART onderzoek) gaat zich richten op de effectiviteit van verschillende interventies bij jongeren met agressieregulatieproblemen.

Een meer fundamentele onderzoekslijn (Empathie onderzoek) richt zich op het (gebrek aan) empathisch vermogen bij jongeren met antisociaal gedrag.

Tevens participeert InZicht in een landelijk onderzoek opgezet door Eli Lilly. Dit betreft een onderzoek naar de effecten van atomoxetine bij jongeren met ADHD en fors cannabis gebruik.

Onderzoek ART & Risperidon (Risperdal)

Agressieproblemen bij jongeren kunnen leiden tot schorsing op school/werk, tot pedagogische onmacht bij opvoeders en bij het plegen van geweldsdelicten tot contacten met politie en justitie.

Wanneer deze agressieproblemen onbehandeld blijven, wordt de persoonlijke ontwikkeling van deze jongeren bedreigd en worden hun maatschappelijke kansen negatief beïnvloedt. Psychiatrische en gedragsproblemen zijn moeilijk te behandelen als het agressieve gedrag op de voorgrond blijft.

Interventies die toegepast worden om agressieproblemen te verminderen zijn vaak een medicamenteuze behandeling of cognitieve gedragstherapie. Er zijn uit verschillende onderzoeken, aanwijzingen en/of bewijzen, dat zowel het medicament ‘Risperidone’ als de cognitieve gedragstherapeutische interventie ‘Aggression replacement training’ (ART), agressieproblemen kunnen doen verminderen. Beiden zijn echter nooit in combinatie onderzocht.

InZicht, gaat de effectiviteit van (een combinatie van) deze beide interventies onderzoeken. Omdat ART in groepen wordt gegeven zijn (veel) deelnemers nodig. Deelnemen aan onderzoek is altijd op vrijwillige basis en conform strenge en geprotocolleerde (ethische) regels.

Onderzoek over de rol van empathie bij gedragsproblemen

Gedragsstoornissen bij adolescenten gaan vaak gepaard met problemen in het vermogen om gevoelens van anderen te begrijpen en te kunnen aanvoelen (empathie). Deze jongeren kunnen dan worden omschreven als overmatig op zichzelf gericht en hebben schijnbaar weinig last van negatieve gevoelens bij anderen. Dit is problematisch omdat bekend is dat empathie kan werken als een rem op grensoverschrijdend gedrag. Problemen met het opbrengen van empathie zijn niet specifiek voor jongeren met gedragsstoornissen; bij andere groepen jeugdigen in de hulpverlening is er ook sprake van problemen in het inleven en afstemmen op de ander. Bijvoorbeeld is dit het geval bij jongeren met een stoornis in het autistisch spectrum of bij jongeren met een licht verstandelijke handicap.

In dit onderzoek zullen aan verschillende groepen adolescenten foto’s en filmpjes worden getoond waarin mensen een bepaalde emotie vertonen. Door meting van verschillende lichamelijke reacties, het afnemen van vragenlijsten en (neuro)psychologische tests zal worden onderzocht in hoeverre de proefpersoon in staat is empathisch te reageren. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar de prestaties op drie onderdelen van empathie bij de verschillende doelgroepen (adolescenten met gedragsstoornissen, met autistische problematiek of met een licht verstandelijke handicap).

Onderzoek met Atomoxetine (Strattera)

InZicht doet mee aan een landelijk onderzoek van het medicament Atomoxetine bij adolescenten (jongens en meisjes) van 13 t/m 17 jaar met ADHD en cannabisgebruik (minstens 5 joints per week) en een intelligentiequotiënt (IQ) van boven de 80.

Atomoxetine is een bewezen effectief medicament dat verbetering kan geven van de kernsymptomen van ADHD; concentratieproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit.

Een voordeel van Atomoxetine is dat het maar één keer per dag ingenomen hoeft te worden en dat het de hele dag door werkzaam is. Er bestaat al zes jaar wereldwijd ervaring met het middel bij meer dan vijf miljoen mensen.

Er is nog onvoldoende bekend over de effectiviteit van het medicijn als er gedurende het gebruik van Atomoxetine ook regelmatig cannabis wordt gebruikt en of Atomoxetine ook kan helpen de behoefte tot blowen te verminderen. Dat wordt met deze studie onderzocht.

Als je tot de doelgroep behoort, of als u de ouder of behandelaar/begeleider bent van een jongere met de in de onderzoeken genoemde kenmerken, en jij/u bent geïnteresseerd in deze onderzoeken neem dan contact op met ons secretariaat (024 3283690)

Voor meer informatie over de verschillende onderzoeken verwijzen wij u graag naar onze website: www.inzichtnijmegen.nl

Bijlage 1: Behandelvisie InZicht

Algemeen

Polikliniek en kliniek functioneren als één Centrum, waarin dezelfde behandelvisie geldt. Medewerkers van de polikliniek zijn betrokken bij de hulpverlening op de kliniek en omgekeerd.

De behandelvisie van InZicht stoelt op twee centrale pijlers. Daarnaast zijn er nog aantal andere belangrijke uitgangspunten te noemen

De twee centrale pijlers zijn: een sterke systeemgerichtheid en een gerichtheid op de individuele jongere zelf. Afhankelijk van de fase van de zorg, het behandeltraject en de behandelvorm worden er verschillende accenten gelegd in de systeemgerichtheid en de individuele gerichtheid. Van belang is dat, waar mogelijk, de omgeving (ouders, c.q. voogd) betrokken wordt bij het hulpverleningsproces en zij verantwoordelijkheid blijven nemen of weer gaan nemen ten aanzien van de jongere. De jongere zelf wordt zo zelfstandig mogelijk gemaakt en eveneens verantwoordelijk voor de oplossing van zijn/ haar problemen.

Vanaf het eerste contact krijgen motivering en vergroting van de betrokkenheid van de jongere en ouders bij de kernproblematiek een sterk accent nog voordat aan gedragsverandering wordt begonnen.

Systeemgerichtheid

Bij alle intakes voor de drie eerder genoemde behandeltrajecten wordt zo veel mogelijk de omgeving betrokken (ouders, voogd, verwijzer). Alle intakes vinden plaats op de polikliniek van InZicht. FFT is het poliklinisch behandeltraject dat specifiek op het gezin en de onderlinge interacties binnen het gezin is gericht.

Bij het poliklinisch behandeltraject dat meer op de jongere zelf is gericht, wordt de omgeving zo mogelijk betrokken bij de evaluaties van de behandeling. In sommige gevallen kunnen ouders c.q. het gezin apart begeleiding krijgen.

Voor de kliniek betekent de systeemgerichtheid dat er intensief contact wordt onderhouden met ouders, verzorgers, gezinsvoogd en dat zij betrokken worden bij alle belangrijke beslissingen, behandelplanbesprekingen en crisissituaties die zich tijdens opname kunnen voordoen.

In de kliniek wordt er geen FFT gedaan tijdens opname; ervoor of erna is FFT wel mogelijk.

De verantwoordelijkheid voor de woon- en verblijfssituatie van de jongere blijft tijdens opname bij ouders c.q. gezinsvoogd liggen.

Gerichtheid op de individuele jongere zelf

Voor de polikliniek betekent dit dat er mogelijkheid bestaat voor een individueel traject in de vorm van bijv. psychiatrische en/of psychologische diagnostiek, een individueel ondersteunend behandeltraject, individuele psychotherapie, medicamenteuze behandeling en een Aggression Replacement Training in groepsverband (ART).

Bij veel jongeren van de doelgroep is er eerdere hulpverlening geweest zonder veel resultaat, ze zijn vaak “streetwise” en hebben al veel meegemaakt. Hun doelen worden als uitgangspunt genomen: zoals “hoe hou ik me staande”, “hoe blijf ik uit de problemen”, “hoe bouw ik een eigen leven op”. Hierbij wordt zo veel mogelijk een beroep gedaan op de gezonde krachten bij ouders en jongere zelf.

Voor de kliniek betekent de individuele benadering dat er gewerkt wordt met individuele behandelingsprogramma's en dat er zo min mogelijk in groepsverband wordt gewerkt. Zo behoeven de maaltijden niet gezamenlijk genuttigd te worden; groepsprocessen worden niet geduid en gebruikt als behandelmethode en werkers op de afdeling worden geen groepsleiders genoemd, maar coaches. Voor de verschillende behandel mogelijkheden wordt gebruik gemaakt van het aanbod van de polikliniek. De jongere wordt gestimuleerd om zinvolle activiteiten en contacten buiten de afdeling aan te gaan en actief te werken aan terugkeer naar z'n eigen leefomgeving.

Uitgangspunten en Organisatieaspecten

Respectvolle benadering van de jongere en zijn/haar gezin met oog voor de goede intenties en goede bedoelingen van al hun eerdere inspanningen om oplossingen te vinden voor de vaak al lang bestaande ernstige problematiek.

Beperkte of afwezige motivatie voor behandeling wordt gezien als passend bij de doelgroep en als (vaak eerste) focus van de behandeling. Gebruik van motiverende technieken is integraal onderdeel van de algemene attitude van de medewerkers van het Centrum; motiverende gesprekstechniek dient doorlopend gebruikt te worden.

Polikliniek en kliniek vormen één Centrum. Alle aanmeldingen voor InZicht komen binnen bij de polikliniek, worden daar gescreend door een aanmeldfunctionaris en krijgen vervolgens op de polikliniek een intake. Bij wachttijden van een maand of langer krijgen de jongeren en hun ouders en verwijzers daar bericht over. Bij de intakes zijn psychiaters en klinisch psychologen betrokken. Bij een eerstvolgend contact wordt een eerste behandelingsplan besproken. Evaluaties van de behandeling vinden in de kliniek regelmatig plaats, op de polikliniek minimaal halfjaarlijks.

InZicht past zoveel als mogelijk wetenschappelijk getoetste effectieve interventies toe, maar levert zelf ook een actieve bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek in nauwe samenwerking met Karakter, kinder en jeugdpsychiatrie en het UMC St Radboud. De keus voor wetenschappelijk onderzoek is gemaakt omdat “evidence based” werken steeds meer de richtlijn van ons behandelaanbod gaat bepalen en er binnen de doelgroep van InZicht in dat opzicht nog relatief weinig onderzocht is. Om beter te begrijpen wat oorzaken en mechanismen van externaliserende gedragsstoornissen zijn en om behandeling effectiever te kunnen inzetten is het van groot belang aandacht en energie aan onderzoek te besteden.

InZicht is een centrum op een vaste locatie in Nijmegen. Bij opname van een jongere in de kliniek dienen ouders gemakkelijk bereikbaar te zijn en indien nodig beschikbaar voor spoedoverleg in het geval er crisis is rond de betrokken jongere. Ouders/voogd blijven mede verantwoordelijk voor de beslissingen die genomen worden. Bij poliklinische contacten kunnen indien nodig ook geplande huisbezoeken plaatsvinden.

Opnames in InZicht zijn altijd gepland. Dat houdt in dat een jongere met een IBS-maatregel niet opgenomen kan worden, maar een jongere met een RM-maatregel die reeds elders verblijft, wel. De klinische afdeling is een besloten afdeling. Opnames zijn meestal vrijwillig (ook als er sprake is van een ondertoezichtstelling). Een vrijwillige crisisopname is alleen mogelijk als er een bed vrij is.

In de kliniek wordt probleemgedrag geproblematiseerd; er is geen repressief beleid, maar het gedrag wordt steeds weer besproken. Jongeren krijgen in principe altijd een (nieuwe) kans. Veiligheid wordt vóór opname expliciet besproken met de jongere en ouders/gezin.

InZicht wil er ook zijn voor jongeren uit de doelgroep met een lagere intelligentie (moeilijk lerend niveau) en voor jongeren met stoornissen in het autistisch spectrum. De instroom in de kliniek van deze groepen jongeren zal echter door de beperkte capaciteit en middelen, voorlopig veel kleiner kunnen zijn dan de vraag.

Buiten de samenwerking met de jongere zelf, de directe omgeving en verwijzer richt InZicht zich ook op samenwerking met instanties die met dezelfde doelgroep werken. InZicht wil zich binnen de ketenzorg voor de doelgroep in de regio positioneren samen met partners als de OG Heldring St. Zetten (gesloten jeugdzorg), de Hunnerberg/Maasberg (JJI), Bureau Jeugdzorg, MEE, Dunamis, R 75, Iriszorg (verslavingszorg en opvang van zwerfjongeren), RIBW, Kristallis (Cluster IV onderwijs) en Zorgtafeloverleg Nijmegen.

Het Centrum heeft het initiatief genomen tot een platformoverleg Orthopsychiatrie in de regio Nijmegen. Het Centrum pleit voor bundeling van krachten van de orthopsychiatrische en forensische jeugdpsychiatrische instellingen op landelijk niveau en neemt deel aan het landelijk Platformoverleg.

De belangrijkste verwijzers zijn Bureau Jeugdzorg met (jeugd)reclassering, gezinsvoogdij, de Raad voor de kindbescherming, huisartsen, jeugd-GGZ, verslavingszorg en zorg voor dak- en thuislozen.