**Programma van Eisen Jeugdverslavingszorg **

BOVENREGIONALE KLINISCHE JEUGDVERSLAVINGSZORG:

OBSERVATIE, DIAGNOSTIEK EN KLINISCHE BEHANDELAFDELING

**Voorwoord**

In dit Programma van Eisen voor de bovenregionale klinische jeugdverslaving wordt een beschrijving gegeven van de doelgroep, hun problematiek en behandeling/zorg die grosso modo geldt voor alle zeven instellingen (zie inkoophandleiding) die jeugdverslavingszorg bieden. Om zorg op maat te kunnen geven, wijken instellingen op onderdelen af van de hieronder gegeven omschrijvingen. Dit betekent dat individuele instellingen in hun overleg met gemeenten op onderdelen een eigen invulling kunnen geven.

1. Karakteristieken van het kind:

|  |
| --- |
| * Jeugdigen van 12 jaar t/m 18 * Jeugdigen waarbij ambulante behandeling niet toereikend is gebleken * Jeugdigen met veelal psychiatrische comorbiditeit naast de problematisch middelengebruik en/of verslaving. * Jeugdigen met een IQ van tussen de 65 en de 80 (LVB) of boven de 80 |

1. Aard van de problematiek:

|  |
| --- |
| * Problematisch middelengebruik en/of verslaving * Vastgelopen in voorgaande psychosociale ontwikkeling * Problematiek dermate complex en/of hardnekkig dat behandeling binnen het ambulante werkveld niet (meer) toereikend is * Problematiek op de meeste leefgebieden:   + ouders en gezin   + gedrag/emoties/cognities   + lichamelijke en seksuele ontwikkeling   + sociale contacten c.q. sociale vaardigheden   + school   + vrijetijdsinvulling   + politie en justitie * Hulpvraag en probleembesef beperkt * Motivatie beperkt |

1. Onderscheidend vermogen:

|  |
| --- |
| Jeugdverslavingszorginstellingen zijn expert op het gebied van klinische verslavingszorg aan jeugdigen tot 18 jaar die naast behandeling van de verslavingsproblematiek ook een breed aanbod van behandeling van comorbide problematiek hebben. |

1. Toeleiding:

|  |
| --- |
| Jeugdigen worden door verwezen door jeugdzorginstellingen, verslavingszorginstellingen, BJZ of GGZ-instellingen.  De behandeling is gefaseerd: voorafgaand aan de start van de klinische behandeling hebben de meeste jeugdigen een opname op een afdeling Observatie en Diagnostiek doorlopen. |

**Levering van de zorg**

1. Termijn:

|  |
| --- |
| De wachttijd na aanmelding varieert, mede afhankelijk van urgentie.  Aanvang van behandeling gebeurt in ieder geval binnen de zogenoemde ‘Treeknormen’ die zorgaanbieders en verzekeraars hebben afgesproken. In de Treeknormen is vastgesteld wat de aanvaardbare maximale wachttijden zijn. In de geestelijke gezondheidszorg worden drie wachtfasen onderscheiden:   * Aanmeldingswachtfase: de tijd tussen aanmelding bij de GGZ-aanbieder en het eerste gesprek met een hulpverlener. * Beoordelingswachtfase: de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld. * Behandelingswachtfase: de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact.   De wachttijd voor de aanmeldings- en beoordelingsfase is vier weken, voor de behandelingsfase is dat zes weken.  Actuele wachttijden worden vermeld op de websites van de betreffende instellingen. |

1. Overbruggingszorg:

|  |
| --- |
| De overbruggingszorg wordt geleverd door de ambulante behandelaar of verwijzer. Deze persoon heeft gedurende de wachttijd regelmatig contact met de behandelafdeling over de mogelijke toename van behandelurgentie. |

1. Urgentie:

|  |
| --- |
| Er is een mogelijk tot crisisopname van meerdere dagen. Tijdens deze crisisopname kan er gekeken of de opname kan worden voortgezet in een reguliere opname. |

**Inhoudelijke beschrijving van de zorg**

1. Doel van de behandeling:

|  |
| --- |
| Doel van de observatie en diagnostiek (4 weken) is:   * Detoxificatie middelengebruik en als nodig lichamelijk en geestelijk aansterken; * Observatie tijdens de behandeling van sociaal emotioneel en gedragsmatig functioneren van de patiënt; * De jeugdige stimuleren en motiveren inzicht te krijgen in zijn of haar specifieke problematiek en de eventuele noodzaak voor vervolgbehandeling; * Verslavingsdiagnostiek; * Systeemdiagnostiek; * Op indicatie IQ-, psychiatrisch- en psychologisch onderzoek; * Het komen tot een advies voor vervolgbehandeling welke aansluit op de problematiek van de jeugdige.   Doel van de klinische behandeling, die hier op volgt is: Onder controle brengen van de verslaving;  * Op gang brengen probleembesef en motivatie; * Op gang brengen identiteitsontwikkeling; * Bewerken van de problematiek op alle leefgebieden:   + ouders en gezin;   + gedrag/cognities/emoties;   + sociale contacten c.q. sociale vaardigheden;   + lichamelijke en seksuele ontwikkeling;   + wonen;   + school en werk;   + hobby’s en talenten;   + politie en justitie. * Toewerken naar school of leer/ werk situatie; * Advisering ten behoeve van het vervolg na de klinische behandeling.   Duur van de behandeling: 6 maanden.  Tijdens de behandeling is sprake van vier evaluatiemomenten waar ouders/opvoeders, ketenpartners actief bij betrokken; behandeldoelen worden besproken en indien noodzakelijk aangepast.  Het gehele zorgtraject wordt gemonitord via Routine Outcome Monitoring (ROM). |

1. Beschrijving behandeling:

|  |
| --- |
| Het uitgangspunt van de behandeling in de observatie- en diagnostiekfase is cognitieve gedragstherapie in een groep. Jeugdigen worden in deze fase ondersteund door middel van het geven van informatie over verslaving en de consequenties daarvan. Ze nemen deel aan het groepsproces en er wordt aandacht besteed aan de persoonlijke ontwikkeling.  Er wordt doorgaans gewerkt volgens het *Detoxprotocol*van Resultaten Scoren  Opname start zodra er een opnamegesprek plaats vindt. Onderdelen daarvan zijn:   * Kennismaking en probleemstelling; * Met cliënt opnamedoel bepalen; * Uitleg over de opname en huisregels; * Lichamelijk onderzoek.   Week 1   * Evt. afkick / detox; * Wennen aan de omgeving door deel te nemen aan het groepsproces.   Week 2 en 3   * MATE Y (indien noodzakelijk); * Aanvullende Intake door de verslavingsarts; * Systeeminventarisatie; * Psychiatrisch onderzoek.   Op indicatie kunnen de volgende onderdelen plaats vinden:   * Psychologisch onderzoek; * Evt. aanvullende psychiatrisch onderzoek; * Sociaal Juridische inventarisatie en ondersteuning.   Week 4   * Verzamelen van relevante gegevens tbv advies; * Formuleren van het advies; * Advies gesprek.   **Klinische behandeling**  De behandeling is gericht op het creëren van een therapeutisch groepsproces die een “holding environment” vormt, waarin de jongere zich kan hechten en experimenteren met het weer uitbreiden van zijn coping strategie. De parallelle gezinstherapie biedt de mogelijkheid aan jongere en zijn of haar gezin de problematische en eveneens beperkte interactiepatronen uit te breiden    Er wordt met de volgende fasen gewerkt:   * Fase 1: Kennismaken en hechten: problematiseren verslaving **en** kennismaken en hechten; * Fase 2: Inzicht: in kaart brengen verslaving **en** beperkte coping strategie; * Fase 3: Oefenprotocol: terugvalmanagement **en** uitbreiding coping strategie; * Fase 4: Kiezen en afscheid: terugvalmanagement **en** stabiliseren/losmaken: afscheid en nazorg.   De fasering van de systeemtherapie loopt parallel: kennismaken en hechten; inzicht; oefenfase; afscheid en nazorg. |

1. Vorm van de behandeling:

|  |
| --- |
| De behandeling kan uit de volgende modules bestaan:   * + Individuele therapie en begeleidingsgesprekken, meestal in combinatie met oudergesprekken;   + Verschillende modules van behandeling in de groep;   + Medicamenteuze behandeling, ondersteunend met name bij comorbiditeit;   + Systeemonderzoek en -therapie en ouderbegeleiding: gesprekken met patiënt en ouders en op indicatie met ouders alleen. |

1. Beschrijving jeugdhulp:

|  |
| --- |
| Jeugdigen volgen een gestructureerd dagprogramma waarin verspreid door de week de onderstaande modules worden aangeboden. Sommige modules individueel worden aangeboden.  Systeemdiagnostiek, Systeembehandeling, Creatieve Therapie, Psychomotorische therapie, Sociale Dienst Verlening, Psychologisch onderzoek, Psychiatrisch onderzoek, Running Therapie,  Farmacotherapie, Cognitieve Gedragstherapie, Libermann, Oudergroep, Algemene Vorming/ Nederlands, Terugval management, Verslavingsgroep, Sociale Vaardigheids Training,  Doelengroep, Overgangsgroep/welkomstgroep/afscheidsgroep, Held zonder Geweld, Project  Budgetteringsmodule, Sport, Weekendvoorbespreking, Weekendnabespreking ( met ouders)  Psycho-educatie, Schooltoeleiding, Groepstherapie, Ervarend leren, Kennismakingsgroep, Terugkomgroep, Levensverhaalgroep, Functie van gebruik, 5 weken clean groep, Koken,  Verlof voorbespreking, Meelopen Facilitaire Dienst (interne stage),  **Beschrijving van overige kenmerken van de jeugdhulp:**   * De groep van Observatie & Diagnostiek (O&D) bestaat uit circa 8-9 personen. De behandelgroep bestaat uit circa 7 jeugdigen (aantallen kunnen mede afhankelijk van zwaarte van de problematiek per instelling variëren); * Duur van de observatie- en diagnostiekfase is 4 weken. Het programma van de klinische behandeling is gemiddeld 6 maanden; * Op O&D is er elke week een MDO. Op de klinische behandelafdeling wordt de jeugdige elke 3 weken besproken in een MDO; * Aan het einde van elke fase wordt er geëvalueerd met de jeugdige, verwijzer en ouders/verzorgers en wordt het behandelplan aangepast op de volgende fase; * Jeugdigen kunnen waar mogelijk onderwijs volgen vanaf fase 3; * Waar nodig zal er ondersteund worden op de dagelijkse ADL; * Er zijn ontspanningsmogelijkheden binnen en buiten de kliniek; * In overleg met ouders en behandelaars worden afspraken gemaakt over bezoek en het thuis doorbrengen van weekenden. |

1. Samenwerking:

|  |
| --- |
| Indien noodzakelijk wordt bij somatische complicaties samengewerkt met een huisarts of algemeen ziekenhuis .  De ambulante verwijzer wordt actief betrokken bij voortgangsgesprekken en evaluatiemomenten  Als blijkt (meestal eind fase 2) dat de jongere niet terug gaat naar huis na zijn klinische behandeling, wordt er intensief samengewerkt met de vervolgplek bij een van ketenpartners. Zij worden in het laatste stadium ( vanaf fase 3) ook betrokken bij de evaluaties. |

**Fysieke omgeving waar de behandeling plaatsvindt**

1. Behandelomgeving:

|  |
| --- |
| De behandeling vindt plaats in een klinische setting, er is sprake van verblijf met overnachting. |

1. Verblijfsomgeving:

|  |
| --- |
| Er is sprake van een open setting, waarbij voldaan wordt aan WGBO-normen. Specifieke eisen voor behandeling zijn eenpersoonskamers en ontspanning- of recreatiemogelijkheden binnen de kliniek. |

***Personele inzet***

1. Professionals:

|  |
| --- |
| De volgende behandelaars zijn bij de behandeling betrokken (multidisciplinair):   * + Medische beroepen: * Kinder- en jeugdpsychiater * Verslavingsarts   + Psychologische beroepen: * GZ psycholoog * Test assistent   + Verpleegkundige beroepen: * Verpleegkundigen (HBO)   + Vak therapeutische beroepen: * Systeemtherapeut * Creatief therapeut * PMT * Sportleraar   + Sociotherapeuten (HBO)   + SJD (sociaal Juridische dienstverlening) |

1. Onderscheidend vermogen:

|  |
| --- |
| De professionals onderscheiden zich door:   * + Hun specialisatie in de behandeling van kinderen en jeugdigen met verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek;   + Specifiek trainingen omtrent deze doelgroep. Te denken valt aan motiverende gespreksvoering, werken met jeugdigen en oplossingsgericht werken; |

1. Beschikbaarheid personeel:

|  |
| --- |
| In de kliniek zijn 24 uur per dag verpleegkundigen of sociotherapeuten volgens rooster aanwezig. Er is buiten kantoortijd een dienstdoende verslavingsarts oproepbaar. Deze kan bij psychiatrische complicaties een beroep doen op een psychiater (achterwacht). |

**Beëindiging van de zorg**

1. Uitstroom:

|  |
| --- |
| Uitstroom vindt plaats zodra bij de eindevaluatie van de behandeling vastgesteld is dat de behandeldoelen zijn behaald, waarbij gestuurd wordt op uitstroom binnen zes maanden na de klinische behandeling. Een klinische opname kan aanzienlijk verkort worden wanneer intensieve ambulante hulp ook mogelijk is.  Iedere patiënt krijgt bij zijn/haar eindevaluatie, indien nodig, een advies voor een vervolgbehandeling. Hierbij worden ouders/opvoeders en de ambulante verwijzer actief betrokken. Bij de meeste jeugdigen wordt ingezet op terugkeer naar het systeem. |

1. Nazorg:

|  |
| --- |
| Het inzetten van de benodigde nazorg wordt georganiseerd door de ambulante verwijzer. De systeemtherapie wordt, bij de meeste patiënten, door de systeemtherapeut van de klinische setting, ambulant vervolgd. Bij sommige instellingen wordt gewerkt met ‘Eigen Krachtgroepen’. Dit is een groep van jeugdigen die na hun klinische opname onder begeleiding van een behandelaar bij elkaar komen om vooral elkaar te steunen en het geleerde in de kliniek vast te houden. |

1. Communicatie:

|  |
| --- |
| Nadat de behandeling is afgelopen volgt een ontslagbrief aan de ambulante verwijzer en de huisarts waarin diagnostische informatie en het uiteindelijke advies voor vervolgtraject beschreven wordt. |

**Kwaliteit, innovatie en transformatie**

1. Implementatie kwaliteit:

|  |
| --- |
| De jeugdkliniek maakt deel uit van een verslavingszorginstelling of GGZ-instelling. In deze instellingen wordt de kwaliteit bewaakt conform de voor de GGZ geldende wetten (zoals WGBO, Wet BIG, Kwaliteitswet zorginstellingen).  Hierdoor zijn verschillende regelingen en procedures van kracht. Dit betreft onder meer:   * Professioneel reglement; * Privacy beleid; * Regels voor bevoegdheid behandelaars, door controle Big-registratie en controle diploma's op CONO beroepen; * Medicatiebeleid; * Registratie en monitoring bijscholing risicovolle en voorbehouden handelingen; * Beleid voor suïcide preventie; * Beleid voor klachtenbehandeling * Registratie van incidenten in directe patiëntenzorg; * Kwaliteitsaudits en certificering. |

1. Implementatie klachtenregeling:

|  |
| --- |
| Er is in de instelling een klachtenreglement, waarbij klachtenreportages onderdeel zijn van de beleidscyclus. |

1. Transformatie:

|  |
| --- |
| Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat de behandeling van jeugdigen met verslavingsproblemen (alcohol en drugs) een eigen aanpak vereist en dat jongeren beter niet – zoals dat voor enige jaren terug het geval was – behandeld worden op een volwassenen afdeling. Omdat de jeugdverslavingszorg een relatief jonge sector is, is het belangrijk dat er op landelijk niveau uitwisseling van kennis en ervaring plaatsvindt (Platform Jeugdverslavingszorg Nederland). Daarnaast moeten er vanwege veel voorkomende comorbiditeit (verslavingsproblemen in combinatie met psychiatrische problemen/LVB) in de regio goede samenwerkingsrelaties zijn met ketenpartners in de Jeugd-GGZ , provinciale jeugdzorg en LVB-instellingen, alsmede met de volwassenen verslavingszorg. Het is daarom belangrijk dat er regionaal overleg is tussen voornoemde instellingen. Gemeenten en aanbieders van jeugdverslavingszorg willen zich er gezamenlijk voor in zetten om jeugdigen zo goed mogelijk te helpen door goede verslavingszorg te combineren met de nodige overige jeugdhulp. Daarnaast willen beide partijen in het komende jaar (2015) verder spreken over de nodige innovatie en ontwikkeling voor de sector van jeugdverslavingszorg en de bredere keten. |