****

# Inkoophandreiking jeugdverslavingszorg

# Inleiding

Voor u ligt de inkoophandreiking die de VNG, na overleg met GGZ Nederland heeft opgesteld als onderdeel van de modelovereenkomst voor jeugdverslavingszorg. Naast deze handreiking, treft u als andere bijlage bij de modelovereenkomst het programma van eisen.

Het doel van deze inkoophandreiking is het geven van een helder beeld van de ‘markt’ van klinische verslavingszorg voor jeugdigen. Daarnaast biedt de handreiking richting in hoe deze klinische verslavingszorg voor jeugdigen op een goede manier kan worden ingekocht.

Eerst wordt kort aandacht besteed aan het ontstaan van de verslavingszorg voor jeugdigen en aan welke aanbieders hierin actief zijn. Vervolgens worden de jeugdigen en hun problematiek beschreven. Tot slot wordt stil gestaan bij de toegang, toeleiding en inkoop van jeugdverslavingszorg.

# Ontstaansgeschiedenis klinische verslavingszorg voor jeugdigen

De verslavingszorg komt voort uit ambulante voorzieningen (CAD’s: consultatiebureaus voor alcohol en drugs). Pas vanaf de jaren 90 is klinische capaciteit van enige omvang opgebouwd. Begin jaren 90 hadden twee instellingen voor verslavingszorg een specifiek klinisch hulpaanbod voor jongeren: Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) (Bauhuus) en Brijder (Mistral). Andere verslavingszorginstellingen beperkten zich tot ambulante hulp en legden zich toe op preventie en vroegtijdige signalering, zoals bij jeugdhulpverlening en Jeugd-GGZ. Begin 2000 werd in volle omvang bekend dat jongeren op vroegere leeftijd vaker en meer drinken en dat met name risicojongeren de nadelige gevolgen ondervinden van het gebruik van soft drugs. Deskundigen waren het erover eens dat jongeren niet passen in behandelprogramma’s voor volwassen.

# Aanbieders van klinische jeugdverslavingszorg.

In 2006 besloot het ministerie van VWS om de klinische capaciteit voor verslavingszorg voor jeugdigen te verhogen tot 296 plaatsen. Zoals in de tabel hieronder zichtbaar is, zijn deze plaatsen niet allemaal gerealiseerd. De belangrijkste toelatingseis voor verslavingszorginstellingen was dat er een aantoonbaar samenwerkingsverband was met een jeugdhulpverleningsinstelling en/of met een instelling voor Jeugd-GGZ/kinder- en jeugdpsychiatrie. Er moest deskundigheid voor jongerenproblematiek beschikbaar zijn omdat er bij jongeren met middelengebruik een zeer hoge psychiatrische comorbiditeit is.

Totale budget dat aan het macrobudget is toegevoegd voor jeugdverslavingszorg is € 7.998.500[[1]](#footnote-1)

In totaal zijn er in 2014 172,5 klinische plaatsen jeugdverslavingszorg, waarvan 124,5 reguliere en 48 specialistische plaatsen. De 124,5 plaatsen aan bovenregionale reguliere klinische capaciteit jeugdverslavingszorg zijn over zeven instellingen verdeeld zoals weergegeven in onderstaande tabel:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instelling** | **Plaats** | **Aantal**  |
| Bouman GGZ | Rotterdam | 24 |
| Tactus | Wapenveld | 16 |
| Novadic-Kentron | St Oedenrode | 32 |
| Iriszorg | Tiel | 24 |
| Verslavingszorg Noord Nederland | Groningen  | 12,5 |
| Brijder | Den Haag | 4 [en 8 voor 18+] |
| Vincent van Gogh | Venlo | 12 |

Tabel 1 - verdeling reguliere klinische capaciteit jeugdverslavingszorg

Er zijn 48 plaatsen aan landelijk specialistische klinische capaciteit jeugdverslavingszorg. Deze zijn over drie instellingen verdeeld zoals weergegeven in onderstaande tabel.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instelling** | **Plaats** | **Aantal** |
| Brijder – LVB, jeugdzorg/jeugd-ggz – in ontwikkeling | Heerhugowaard | 10 |
| Verslavingszorg Noord Nederland – JJI en LVBVerslavingszorg Noord Nederland –Klinische Gezinsbehandeling | GroningenEelderwolde  | 1012 |
| Dimence – Dubbeldiagnose  | Zwolle | 16 |

Tabel 2 - verdeling specialistische klinische capaciteit jeugdverslavingszorg

# Jeugdigen en hun problematiek

De problematiek van jeugdigen die in de jeugdverslavingszorg behandeld worden is divers, zoals gebruik van cannabis, GHB, alcohol of een combinatie van middelen. Uitgangspunt is de jeugdige vanuit de thuissituatie te behandelen: ambulante hulp dus. Alleen wanneer de problematiek heel ernstig is, wordt dagbehandeling of klinische behandeling aangeboden.

Jeugdigen die in aanmerking komen voor klinische verslavingszorg, voldoen aan de volgende kenmerken:

* Eerdere ambulante behandeling (en) zijn niet toereikend gebleken;
* Er is sprake van veelal psychiatrische comorbiditeit en/of een licht verstandelijke beperking naast de ernstige verslavingsproblematiek;
* Problematiek is dermate complex en/of hardnekkig dat behandeling binnen het ambulante werkveld niet (meer ) mogelijk is;
* Er is sprake van problematisch middelengebruik en/of verslaving;
* Vastgelopen in voorgaande psychosociale ontwikkeling, school, gezin en vriendengroep;
* Beperkte hulpvraag en probleembesef;
* Beperkte motivatie.

De meeste aanbieders van klinische verslavingszorg voor jeugdigen richten zich op jeugdigen tussen de 12 en 23 jaar.

# Toelichting specialistische functies

Brijder Jeugd biedt binnen een klinische voorziening samen met Lijn5 (LVB), Parlan (jeugdzorg) en Triversum (jeugd-GGZ) integrale hulp aan jeugdigen met verslavingsproblemen vaak in combinatie met LVB, psychiatrische en/of gedragsproblemen.

Verslavingskliniek De Borg van VNN richt zich ook op de behandeling van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar van wie de ouder(s) verslaafd is/zijn (de ouders komen mee in opname) en op ongeboren verslaafde kinderen waarbij de zwangere verslaafde moeder opgenomen wordt. Deze instelling heeft de mogelijkheid het hele gezin klinisch op te nemen, waardoor het hele systeem integraal behandeld wordt. Alle problemen op alle levensgebieden worden hierbij aangepakt, van zowel het kind als de ouder.

DOK3 is een samenwerkingsverband tussen VNN, Reik (jeugdzorg) en Het Poortje (JJI) waarin multidisciplinaire hulp wordt geboden aan jeugdigen met een combinatie van gedragsproblematiek, psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en soms een licht verstandelijke beperking. DOK 3 is in eerste instantie gericht op jeugdigen uit de drie noordelijke provincies, maar jeugdigen uit de rest van het land kunnen er ook terecht.

Bij Dubbeldiagnose Jeugd van Dimence worden jongeren en jongvolwassenen behandeld met een combinatie van psychische - en verslavingsproblemen. Behandeling wordt ambulant, in deeltijd of klinisch geboden. Deeltijdbehandeling bestaat uit een aantal dagdelen per week. Klinische behandeling houdt in dat de jeugdige tijdelijk is opgenomen. De behandeling kan individueel plaatsvinden of in een groep.

# Toegang, toeleiding en nazorg

Bij klinische verslavingszorg wordt een jeugdige in een klinische (soms gesloten setting) behandeld voor verslavingsproblematiek. Hier gaat vaak al een langer (ambulant) zorgtraject aan vooraf dat veelal niet toereikend blijkt te zijn. Het is in de jeugdverslavingszorg gebruikelijk dat een klinische opname gevolgd wordt door een intensief behandel- of nazorgtraject.

Jeugdigen worden doorverwezen naar klinische verslavingszorg door Jeugdzorginstellingen, Bureaus Jeugdzorg, huisarts, GGZ instellingen en ambulante jeugdverslavingszorginstellingen. Die laatste mogelijkheid is belangrijk, bijv. als het gaat om jeugdverslavingszorginstellingen die zelf geen klinische hulp kunnen bieden. Wanneer blijkt dat ambulante hulp ontoereikend is en klinische hulp nodig is, dan is het wenselijk dat rechtstreeks naar een andere klinische jeugdverslavingszorginstelling verwezen kan worden en niet via bijvoorbeeld de huisarts of een andere verwijzer.

In de jeugdverslavingszorg wordt eerder ‘matched care’ dan ‘stepped care’ als leidend principe gehanteerd. Voor de toewijzing van zorg betekent dit: generalistisch wanneer het kan, specialistisch wanneer het moet. Uitgangspunt is dat er tijdig en adequaat de juiste hulp gegeven wordt. Snelle en goede screening en diagnostiek is daarvoor essentieel. Wanneer enkelvoudige (of 1stelijns) hulp onvoldoende is, moet snel opgeschakeld worden naar meer intensieve hulp (dag- of klinische behandeling), om verdere schade of afglijden te voorkomen.

# Inkoop van verslavingszorg jeugdigen: prestaties, tarieven en facturering

De modelovereenkomst spreekt over DBC’s. Dit zijn de prestaties zoals opgenomen in de huidige Zorgverzekeringswet en NZa beleidsregels. De nieuwe Jeugdwet kent geen DBC’s meer. In het kader van de zachte landing is echter wel afgesproken dat bestaande landelijke structuren voor Jeugd GGZ maximaal drie jaar in stand blijven. De modelovereenkomst gebruikt de DBC’s als grondslag voor de bekostiging. Relevante prestaties en tarieven zijn opgenomen in een bijlage bij de door de VNG ontwikkelde modelovereenkomst. Daarnaast is afgesproken dat om DBC’s te mogen declareren zorgaanbieders zich houden aan de spelregels rond registratie, validatie en facturatie.

Voor jeugdverslavingszorg zijn de DBC’s ‘aan alcohol gebonden stoornissen’ en ‘aan overige middelen gebonden stoornissen’ van toepassing. Daarnaast wordt voor de meeste klinische opnames momenteel bedzwaarte E gehanteerd. Voor klinische gezinsbehandeling is dit bedzwaarte B. De NZA-tarieven van deze DBC’s en van de deelprestaties verblijf GGZ zijn als bijlage bijgevoegd bij de modelovereenkomst. Gemeenten kunnen zelf bepalen met welk percentage van deze tarieven zij jeugdverslavingszorg in willen kopen.

Voor de nieuwe prestatie consultatie stelt de NZa geen maximumtarieven vast. De prestatie consultatie kan worden gefactureerd aan de gemeente op basis van het woonplaatsbeginsel, indien deze consultatie een tijdsbesteding vraagt die meer is dan 30 minuten en mits voor deze dienstverlening een overeenkomst bestaat tussen deze gemeente en de aanbieder met daarin afspraken over een prijs per uur voor consultatie.

Instellingen kunnen eventueel maandelijks factureren, mits de systemen daarop ingericht zijn. Zijn de systemen daarop (nog) niet toegerust, dan kunnen de instellingen maandelijks een voorschotfactuur sturen, die aan het eind van de behandeling wordt verrekend.

Voor gedetailleerde informatie over de inkoop van Jeugd-GGZ wordt ook verwezen naar de factsheet ‘Jeugd-GGZ inkopen met DBC’s en Basis-GGZ’[[2]](#footnote-2). Daarnaast wordt landelijk in de werkgroep overgangsmaatregelen gesproken over bevoorschotting en liquiditeit.

1. Bron: DIS-bestand van GGZ Nederland, waarin de dbc-productie van de leden van GGZ Nederland is opgenomen. Het betreft dbc’s in schadelastjaar 2012, dus in 2012 geopende dbc’s; prijs van de dbc’s berekend op basis van NZA-tarieven; gebaseerd op dbc’s in productgroep aan alcohol gebonden stoornissen en overige aan middelen gebonden stoornissen. [↑](#footnote-ref-1)
2. [Https://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdhulp/nieuws/factsheet-voor-gemeenten-jeugd-ggz-inkopen-met-dbcs-en-basis-ggz](https://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdhulp/nieuws/factsheet-voor-gemeenten-jeugd-ggz-inkopen-met-dbcs-en-basis-ggz). [↑](#footnote-ref-2)