

# JEUGDVERSLAVINGSZORG IN BEELD

INFORMATIE VOOR JEUGDHULPREGIO'S EN GEMEENTEN



 GGZNEDERLAND

Het advies *Collectief opdrachtgeverschap voor transformatie specialistische jeugdhulp* van de kwartiermaker Zorglandschap (VNG, oktober 2016) beschrijft de belangrijkste knelpunten binnen de jeugdhulp en vier routes waarlangs het proces van transformatie kan worden versneld.

Die knelpunten gelden ook, en soms in nog sterkere mate, voor de jeugdverslavingszorg. De aanbieders van jeugdverslavingszorg constateren dat in het nieuwe jeugdhulplandschap de jeugdverslavingszorg nauwelijks in beeld is.

Expertise over jeugdverslavingszorg is daardoor niet geborgd in de jeugdhulpketen waardoor veel jongeren van deze vorm van zorg verstoken blijven.

Doordat jeugdverslavingszorg door gemeenten en jeugdhulpregio's onvoldoende wordt ingekocht is het in de lucht houden van dit relatief kleine deel van het aanbod niet langer rendabel. Daardoor komen zorgaanbieders voor de keuze te staan het aandeel jeugdverslavingszorg in hun zorgaanbod af te stoten. Daarmee dreigt jeugdverslavingszorg als onmisbaar specialisme uit de infrastructuur voor de jeugdhulp weg te vallen.

Dit document is bedoeld om de jeugdregio's en individuele gemeenten te informeren over het belang van jeugdverslavingszorg voor de samenleving.

Tevens agenderen de jeugdverslavingszorgaanbieders hiermee de belangrijkste vraagstukken rond jeugdverslavingszorg die in de regionale visievorming op het jeugdhulplandschap van een oplossingsrichting moeten worden voorzien.

Inmiddels zijn de 'gesprekstabfels jeugdverslavingszorg' aangekondigd. De aanbieders van jeugdverslavingszorg willen via deze gesprekstabfels een duurzaam samenwerkingsproces tot stand brengen dat ertoe leidt dat zoveel mogelijk jongeren met (beginnende) verslavingsproblematiek kunnen worden opgespoord en geholpen.

In het kiezen van oplossingsrichtingen willen de jeugdverslavingszorgaanbieders zo veel en zo goed mogelijk aan te sluiten bij de handreiking *Passende zorg en behandeling voor jeugdigen* (BGZJ, maart 2017).

Ook de *Position paper Kwaliteit jeugd-ggz/vz* (GGZ Nederland, juni 2017) is in dit verband relevant.

## Jeugdverslaving en jeugdverslavingszorg

Jongeren kunnen afhankelijk worden van of verslaafd raken aan middelen als tabak, alcohol en drugs. Naast middelenslavingen zijn er gedragsverslavingen, zoals gokken en gamen. Cijfers over 2015 wijzen uit dat van de 12- t/m 16-jarige scholieren 45% wel eens alcohol heeft gedronken, 23% wel eens heeft gerookt, 10% wel eens cannabis heeft gebruikt en 2% ervaring heeft met XTC<sup>1</sup>.

Van de 19-jarige Nederlandse jongeren is er bij 29,9% op enig moment in hun leven sprake geweest van *misbruik* van alcohol of drugs: veelvuldig en aanhoudend middelensmisbruik, ondanks de sociale en maatschappelijke problemen die dat veroorzaakt.

Bij 7% van de 19-jarige jongeren is op enig moment sprake geweest van *afhankelijkheid* van alcohol- en drugs. Afhankelijkheid wordt gezien als een fase die volgt op de fase van misbruik. Kenmerken van afhankelijkheid zijn o.a. dat iemand steeds meer van het middel nodig om hetzelfde effect te bereiken, er onthoudingsverschijnselen optreden als het middel niet wordt gebruikt en iemand niet meer in staat is om zonder het middel te functioneren.<sup>2</sup>

Naast de gevolgen voor de jongere zelf en zijn gezin - zoals een slechte fysieke gezondheid, belasting van het gezin, teloorgang van vriendschappen en andere sociale relaties, schooluitval, baanverlies, schulden - heeft verslaving ook grote maatschappelijke gevolgen. Denk aan de kosten voor maatschappelijke uitval (school en werk; 60% van de jongeren in de specialistische verslavingszorg heeft hier problemen mee), overlast op straat, geweld, verwervingscriminaliteit en verkeersongevallen. Daarnaast is gebruik onder jongeren van 12 jaar of jonger is een risicofactor voor ernstige psychische en maatschappelijke problemen op latere leeftijd.

### Van preventie, ambulante behandeling, dagbehandeling tot klinische zorg

Door voorlichting, educatie en specifieke preventieprogramma's voor risicogroepen zet de jeugdverslavingszorg zich in om verslaving zo veel mogelijk te voorkomen. Wanneer toch sprake is van (beginnende) verslaving bij jongeren tussen de 12-23 jaar, dan biedt de jeugdverslavingszorg behandeling en hulp.

Uitgangspunt in de verslavingszorg is om de jongere in de thuissituatie te behandelen: ambulante hulp dus. Alleen bij zeer ernstige problematiek, of bij ernstige somatische problemen die kunnen ontstaan bij detoxificatie zoals bij GHB en alcohol, wordt dagbehandeling of klinische behandeling aangeboden. De behandeling van een verslaving of een combinatie van een verslaving en psychische problemen gebeurt onder meer door in verslavingszorg gespecialiseerde psychiaters, psychologen en verpleegkundigen. Daarnaast werken er verslavingsartsen in de verslavingszorg die, bijvoorbeeld in geval van detoxificatie, medische begeleiding bieden als integraal onderdeel van de behandeling.

### Onderbereik van de zorg

De problematiek van jongeren die in de jeugdverslavingszorg behandeld worden is divers. Voorbeelden die tot de verbeelding spreken zijn het problematisch gebruik van cannabis, GHB, XTC, alcohol of een combinatie van middelen. Maar ook jongeren met eetstoornissen

---

<sup>1</sup> Voor verdere cijfers over middelengebruik onder jongeren van 12 -16 jaar, zie <https://www.trimbos.nl/kerncijfers/peilstationsonderzoek-2015>

<sup>2</sup> Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and comorbidity of DSM-disorders. Ormel et al., 2015

of jongeren die problematisch gokken en gamen worden in de jeugdverslavingszorg behandeld.

Op dit moment is slechts een fractie van de jongeren met een verslavingsprobleem in behandeling. Ter illustratie: cannabis is momenteel één van de meest gebruikte drug onder jongeren. Zo'n 75.000 jongeren zijn probleemgebruiker, maar nog geen 10% van hen wordt daadwerkelijk behandeld, met alle gevolgen van dien.

### **Erfelijkheid, meerdere stoornissen tegelijk, maatschappelijk vastlopen**

Een belangrijk gegeven is dat door genetische en sociale overdracht van risico's, middelenmisbruik en verslaving in opeenvolgende generaties terugkomt. Kinderen van ouders met een verslaving (de KVO-doelgroep) lopen een verhoogd risico om zelf ook een psychisch probleem of verslaving te ontwikkelen. Er is ook vaak sprake van co-morbiditeit, d.w.z. de combinatie van een verslaving met andere stoornissen zoals psychische stoornissen, gedragsstoornissen of een lichte verstandelijke beperking.

We zien ook in toenemende mate dat bij de aanmelding van jongeren tussen de 18 en 23 jaar er sprake is van forse problemen op meerdere levensgebieden (schulden, wonen, psychisch functioneren etc.). Vaak is er al een lange voorgeschiedenis van hulpverlening met weinig resultaat, omdat de verslavingsproblematiek in een eerder stadium onvoldoende is (h)erkend.



### Lea

Lea van bijna 17 meldt zich aan, ze is alleen. Ze voelt zich rot, beschadigt zichzelf en op school loopt het niet lekker. Ze heeft al meerdere gesprekken gehad bij een psycholoog en andere hulpverleners in de jeugdzorg maar dat hielp niet echt. Na (te) lange tijd wordt Lea doorverwezen naar de jeugdverslavingszorg omdat hulpverleners zich geen raad meer weten. Lea blowt dagelijks en drinkt, vooral in het weekend. Ze is met blowen begonnen op 14-jarige leeftijd, in een periode dat er veel problemen waren thuis. Met haar moeder heeft ze een slecht contact sinds die een nieuwe vriend heeft die bij Lea en haar moeder inwoont. Haar vader is nauwelijks in beeld. De vriend van moeder scheldt Lea vaak uit en zet haar regelmatig het huis uit. Problemen stapelen zich op en het misbruik wordt steeds erger. Lea komt in de klinische detox terecht. Tijdens dit verblijf wordt een IQ-test gedaan (voor de eerste keer in haar leven) waar een IQ van 65 uit komt. Bij terugkomst laten de moeder en haar vriend Lea niet meer in huis. Ze moet bij vrienden slapen. Deze vrienden gebruiken en Lea vraagt de ambulante medewerker van de verslavingszorg haar te helpen bij het vinden van huisvesting. Lea is bang weer te gaan gebruiken als ze bij deze vrienden blijft.

Om huisvesting voor elkaar te krijgen moet Lea naar het wijkteam. Hiervoor moet zij de juiste papieren meenemen, maar dat lukt haar niet en afspraken komen niet tot stand. In het contact hebben alle hulpverleners steeds de neiging haar te overschatten. Pas in samenwerking met een hulpverlener die gespecialiseerd is in LVB (licht verstandelijke beperking) en de behandelaar vanuit de verslavingszorg, lukt het om overzicht te krijgen over haar situatie. Duidelijk wordt dat Lea niet in het LVB-circuit wil wonen want “met mij is niets mis”. Het lukt niet om een goede woning te vinden en haar financiering goed te regelen. Ze woont nu en dan bij moeder en dan bij vrienden. De zelfbeschadiging is gestopt maar het gebruiken blijft op en neer gaan.

De casus van Lea laat de mogelijke complexiteit van een casus zien, en hoe belangrijk het is dat er integraal wordt samengewerkt tussen gemeenten, aanbieders van jeugdhulp en andere instellingen die zich richten op wonen, werken en financiën. Daarnaast is stabiliteit in de woonsituatie en in de relatie tussen het gezin en de hulpverleners een voorwaarde om Lea weer op de rit te krijgen.

### **Speciale benadering noodzakelijk**

De verslavingszorg maakt gebruik van specifieke motiverende technieken, die nodig zijn omdat de hulpvraag vrijwel nooit vanuit de jongere zelf komt. Een verslaafde jongere ervaart in veel gevallen zelf geen probleem. Sterker nog: de verslaving fungeert in veel gevallen als middel om andere problemen toe te dekken: bijvoorbeeld angst, depressie, ADHD. Een verslaafde jongere is daarom in eerste instantie niet snel bereid om afstand te doen van het verslavende middel.

### **Tijdig signaleren en doorverwijzen vergt goede samenwerking**

Specialistische verslavingspreventie beschikt over de expertise die nodig is om middelengebruik te signaleren, de steeds nieuwe risicogroepen op te sporen en te zorgen voor adequate doorverwijzing. Een goede samenwerking met ketenpartners als de huisarts/POH GGZ, jeugdhulporganisaties, sociale wijkteams, scholen en politie is daarbij van groot belang. De praktijk leert dat de signaleringsfunctie van ketenpartners voortdurend actief gestimuleerd en ondersteund moet blijven worden.

### Peter

Peter verblijft al sinds zijn 14<sup>e</sup> in de jeugdzorg. Op de leefgroep waar hij woont wordt stevig geblowd. Hij gaat meedoen, aanvankelijk vooral om erbij te horen. De groepsleiding gedooft het gebruik of lijkt er onvoldoende van op de hoogte te zijn. Slechts een enkele keer volgen er sancties. Op 16-jarige leeftijd start Peter met alcohol en door omgang met verkeerde vrienden komt hij ook in aanraking met coke. Peter vindt het wel prima, want als hij onder invloed is hoeft hij ten minste niet na te denken. Op een gegeven moment gaat Peter over naar begeleid wonen. Het bevalt hem niet en hij gaat daar uit zichzelf weg. Pas op 20-jarige leeftijd wordt Peter aangemeld bij de verslavingszorg. Inmiddels heeft hij naast een fors alcohol- en drugsprobleem problemen op bijna alle leefgebieden.

### **Kostenbesparend en kosteneffectief**

Vrijwel alle in de literatuur beschreven behandelingen voor alcohol en drugs in de reguliere verslavingszorg zijn kostenbesparend en kosteneffectief (RIVM, 2014). Dit betekent dat de verhouding tussen de kosten van de behandeling en dat wat het oplevert aan effecten gunstig is. Ook is in een recent onderzoek door het RIVM (2016) aangetoond dat cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een cannabisverslaving miljoenen oplevert voor de samenleving als geheel en grote baten voor de jongere zelf. Dit komt onder meer door minder schooluitval, betere kwaliteit van leven, minder criminaliteit en een hoger inkomen op latere leeftijd. Momenteel is cannabis de meest gebruikte (illegale) drug onder middelbare school scholieren (Trimbos, 2015). Het is zeer aannemelijk dat deze maatschappelijke effecten ook gelden voor de behandeling van verslaving aan andere middelen.



# Vraagstukken voor de jeugdverslavingszorg en jeugdregio's

## 1. Vormgeven inkoop op regionaal en bovenregionaal niveau

Het genoemde advies *Collectief opdrachtgeverschap voor transformatie specialistische jeugdhulp* bevat een overzicht van de knelpunten in het nieuwe zorglandschap voor de jeugdhulp. De knelpunten voor de jeugdverslavingszorg zijn in essentie niet anders. Ook de jeugdverslavingszorg kampt met een veelheid aan opdrachtgevers, extreme administratieve last en financiële onzekerheid.

Een belangrijk gegeven voor de jeugdverslavingszorg is echter dat, ondanks een hoge prevalentie, het aantal jongeren dat tijdig wordt gesignaleerd en hulp zoekt relatief laag is. Jeugdverslavingszorg vormt daardoor doorgaans een relatief klein onderdeel van het totale aanbod van een zorgaanbieder en is ook nog verspreid over diverse jeugdhulpregio's. Afzonderlijke contractering door individuele gemeenten of, in geval van klinische zorgjeugdhulpregio's, zorgt voor versnippering van het relatief kleine aanbod, voor een onevenredig hoge administratieve lastendruk en belemmert de zorginhoudelijke doorontwikkeling van de jeugdverslavingszorg.

Dat maakt dat jeugdverslavingszorg per definitie een vorm van jeugdhulp is die regionaal (ambulant) of bovenregionaal (klinisch), dat wil zeggen door meerdere regio's gezamenlijk en vanuit een samenhangende visie, moet worden ingekocht om voldoende volume en inhoudelijke samenhang te garanderen. Gebeurt dit niet, dan zullen steeds meer aanbieders vanuit bedrijfsmatig oogpunt genoodzaakt zijn het aandeel jeugdverslavingszorg in het aanbod af te stoten. Hierdoor dreigt het aanbod van jeugdverslavingszorg op niet al te lange termijn uit het jeugdhulplandschap te verdwijnen.

Een voorbeeld van een vorm van ambulante behandeling die zich er bij uitstek voor leent om regionaal te worden ingekocht is systeemtherapie of gezinstherapie. De problemen van de jongere en het gezin zijn vaak nauw met elkaar verweven. Hierdoor is het moeilijk om oorzaak en gevolg uit elkaar te halen. Soms kan een jongere door problemen thuis een uitweg zoeken in alcohol of drugs. Maar omgekeerd kan het ook zo zijn dat thuis alles op scherp komt te staan door het gedrag of het middelengebruik van de jongere. Via integrale gezinstherapie worden de problemen in samenhang aangepakt. Uit onderzoek blijkt dat gezinstherapie beter is in het terugdringen van alcohol- en drugsproblemen bij jongeren dan niet-gezinsgerichte therapie. De kosten van deze integrale gezinstherapie zijn hoger dan individuele behandeling, wat zwaar kan drukken op het budget van een gemeente. Het hoge maatschappelijk rendement - doordat problemen van meerdere gezinsleden op meerdere levensgebieden in samenhang met elkaar worden benaderd en het effect van de behandeling zich over de lange termijn uitstrekt – is een argument om deze vorm van behandeling regionaal in te kopen, bijvoorbeeld op basis van een vereveningssysteem.

## 2. Organiseren van kennis en expertise dichtbij huis

Het is in algemene zin een bijzondere uitdaging om specialistische kennis naar de voorkant van de jeugdhulpketen te bewegen. Ook voor de jeugdverslavingszorg is het een essentieel vraagstuk hoe expertise over jeugdverslavingszorg op lokaal niveau kan worden geborgd.

Zowel de signalerings- als de verwijfsfunctie in wijkteams en jeugdfactteams moet verder worden ontwikkeld, omdat anders jongeren met verslavingsproblematiek ofwel niet worden opgemerkt, ofwel in de wijkteams en jeugdfactteams blijven 'steken' en niet tijdig worden doorverwezen naar passende zorg.

Niet zelden blijft een verslaving verborgen, omdat er sprake is van een combinatie van verslaving met een psychische aandoening (die wel wordt gesignaleerd) en de jongeren hun middelengebruik goed weten te camoufleren. Een behandeling van alleen de psychische aandoening is echter weinig effectief. Voor zowel het signaleren van de (verborgen) verslaving en het motiveren om hulp te accepteren als het behandelen ervan is specifieke deskundigheid nodig. Jeugdverslavingszorg kan op verschillende manieren dicht bij huis en laagdrempelig worden georganiseerd.

#### - **Huisarts**

De verslavingszorg kan specialistische kennis en expertise op het vlak van (vroeg-) signaleren en motiveren toevoegen aan de meer generieke kennis van bijvoorbeeld de huisarts en POH-ggz. Dit kan via afspraken over de inzet van professionals vanuit de verslavingszorg in de huisartsenpraktijk ten behoeve van deskundigheidsbevordering, consultatie en advies. Ook behandeling kan vanuit de instelling voor verslavingszorg op locatie van de huisartsenpraktijk worden geleverd. Daarnaast zijn er digitale platforms waarmee huisartsen online consultatie en advies vanuit de verslavingszorg aan kunnen vragen.

#### - **In de wijk**

Daarnaast kan de verslavingszorgprofessional outreachend worden ingezet op andere 'vindplaatsen' zoals scholen, in sportverenigingen en in het jongerenwerk. Het streven daarbij is om te komen tot een integrale aanpak samen met inwoners, gemeente, wijk- en buurtteams en andere keten- en netwerkpartners. Voorbeelden zijn o.a. de *Gezonde Wijk*-aanpak waarin eerstelijns zorg en zorg en welzijn worden verbonden, en lopende pilots rond buurtgerichte specialistische jeugdhulp in Utrecht.

Specifiek vanuit preventie kunnen vanuit de verslavingszorg diverse bewezen effectieve producten en programma's rond specifieke doelgroepen worden ingezet, zoals *De gezonde school en genotmiddelen* en *Moti4*, een individueel gesprekkentraject voor jongeren van 14 t/m 24 jaar die in de problemen dreigen te raken door middelengebruik, gokken of gamen.





### - In en om wijkteams en jeugdfactteams

Binnen de wijkteams, de jeugdfactteams en de jeugdhulp kan een verslavingszorgprofessional, werkend vanuit een verslavingszorginstelling, een aantal uren per week training en kennisoverdracht bieden op het gebied van o.a. preventie, herkenning, en vroegsignalering van verslavingsproblematiek en technieken voor screening en gespreksvoering. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een combinatie van coaching on the job en e-learning.

De richtlijn <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/middelengebruik/> gaat over het bespreekbaar maken van middelengebruik en is zeer bruikbaar voor inzet in de wijkteams. Op [www.wijkteamswerkenmetjeugd.nl](http://www.wijkteamswerkenmetjeugd.nl) van het NJi is een toolkit te vinden inzake screening op middelengebruik.

Verslavingszorgprofessionals kunnen eveneens worden ingezet in expertteams om wijkteams en jeugdfactteams heen. Een voorbeeld is de **Expertisepool Amersfoort**, waarin ggz-professionals door het wijkteam geraadpleegd kunnen worden over ingewikkelde casuïstiek. Ook zijn er wijkteams waarin een aantal uren per week een ggz-professional in het team meekijkt, adviseert en beoordeelt. Ook vanuit de verslavingszorg kan deelname aan een dergelijke expertisepool of wijkteam worden georganiseerd.

Inbedding van specialistische kennis en expertise in het wijkteam en jeugdfactteam heeft enerzijds als effect dat niet onnodig hoeft te worden opgeschaald naar specialistische verslavingszorg. Anderzijds kan toeleiding indien nodig juist snel en doelgericht plaatsvinden. Tevens kan (een deel van de) behandeling op de locatie van het wijkteam plaatsvinden, wat de drempel om hulp te accepteren verlaagt. De jongere wordt hierbij ingeschreven bij de instelling.

Om diens kennis en expertise actueel te houden is het van belang dat de verslavingszorgprofessional die in of om het wijkteam of factteam functioneert goed aangesloten blijft op de instelling voor verslavingszorg waar hij in dienst is. Het gaat hierbij om aspecten als scholing en het aangesloten blijven op actuele ontwikkelingen, op professionele netwerken en op collegiale interventie.

### 3. Behoud van noodzakelijk klinisch aanbod

Soms is de benodigde zorg voor een patiënt dermate complex en intensief dat de zorg niet ambulante vormgegeven kan worden en een jongere moet worden opgenomen. Soms is de mate van erfelijkheid of transgenerationale problematiek zo ernstig dat de jongere opgenomen moet worden om aan de thuissituatie te ontsnappen. Voor een aantal middelen is de somatische expertise die nodig is om veilig te kunnen detoxificeren een reden voor opname.

Voor het in standhouden van deze klinische plaatsen is bij uitstek bovenregionale samenwerking nodig. Een kliniek bedient namelijk altijd meerdere regio's en het is zeer wisselend vanuit welke regio de jongeren komen. Het ene jaar zijn het er in één regio vier, het volgende jaar geen één. Soms is er in de betreffende regio geen plek voor een jongere, omdat niet voldoende is ingekocht. In een ander geval is de hulpvraag zo complex en specifiek dat een andere aanbieder beter is toegerust is om de jongere te helpen. Het is dan essentieel dat er snel geschakeld kan worden. Aanbieders van jeugdverslavingszorg gaan graag met de jeugdhulpregio's in gesprek over vormen van bovenregionale samenwerking die voorzien in de beschikbaarheid van klinische capaciteit.

## Gesprekstafels jeugdverslavingszorg: samen aan de slag

De aanbieders van jeugdverslavingszorg maken zich zoals gezegd grote zorgen over de plaats van de functie jeugdverslavingszorg in het jeugdhulplandschap, nu en in de toekomst. Zij nemen graag hun medeverantwoordelijkheid als het gaat om transformatiegericht werken en het beschikbaar houden van deze onmisbare jeugdhulpfunctie.

In het advies *Collectief opdrachtgeverschap voor transformatie specialistische jeugdhulp* wordt gesproken over regiobijeenkomsten ten behoeve van collectief opdrachtgeverschap van gemeenten en de visievorming op het (regionale) zorglandschap. Deze regiobijeenkomsten krijgen de vorm van gesprekstafels waaraan aanbieders, jeugdregio's en alle overige relevante lokale en (boven-)regionale partijen deelnemen. De organisatie van deze gesprekstafels start in oktober 2017.

De aanbieders van jeugdverslavingszorg nodigen de jeugdregio's van harte uit om via deze gesprekstafels gezamenlijk te komen tot een duurzame samenwerking die ertoe leidt dat zoveel mogelijk jongeren met (beginnend) middelengebruik blijvend kunnen worden opgespoord en geholpen.



## Aanbieders van jeugdverslavingszorg per jeugdhulpregio

Het betreft hier een globaal beeld van de situatie in 2017; uiteraard is dit beeld aan verandering onderhevig. \*\*\* = Landelijk werkzaam

Achterhoek	Iriszorg* / Tactus**/ Dimence*** (Iriszorg: tevens maatwerkafspraken per cliënt met 9 andere gemeenten) Tactus: Tevens met 17 andere regio's tijdelijk contract of betalingsovereenkomst ivm één of enkele DBC's in die regio
Amsterdam-Amstelland	Brijder/Arkin
Alkmaar/Noord Kennemerland	Brijder
Arnhem	Iriszorg* / Dimence*** (Iriszorg: tevens maatwerkafspraken per cliënt met 9 andere gemeenten)
Drenthe	Dimence levert alleen verslavingspsychiatrie (Dubbele Diagnose). VNN
Eemland	De Hoop***/ Arkin/ Dimence*** De Hoop: weergegeven regio's betreft poliklinische zorg.
Flevoland	Tactus
Food Valley	De Hoop***/ Iriszorg / Arkin/ Tactus**/ Dimence*** Tactus: Tevens met 17 andere regio's tijdelijk contract of betalingsovereenkomst ivm één of enkele DBC's in die regio
Friesland	VNN/ Dimence***
Gooi- en Vechtstreek	Arkin/ Dimence***
Groningen	VNN**** gezinskliniek de Borg = landelijk
Haarlemmermeer	Brijder
Holland Rijnland	Brijder
IJsselland	Tactus/Iriszorg*/Dimence*** (Iriszorg: tevens maatwerkafspraken per cliënt met 9 andere gemeenten)
Kop van Noord Holland	Brijder
Lekstroom	De Hoop*** / Arkin De Hoop: weergegeven regio's betreft poliklinische zorg.
Midden Brabant	Novadic Kentron
Midden IJssel/ Oost Veluwe	Tactus**/ Dimence*** Dimence levert alleen verslavingspsychiatrie (Dubbele Diagnose).
Midden Holland	Brijder
Midden Kennemerland	Brijder
Midden Limburg Oost	Vincent van Gogh Instituut / Mondriaan
Midden Limburg West	Vincent van Gogh Instituut / Mondriaan
Noord Limburg	Vincent van Gogh Instituut / Mondriaan
Noord West Veluwe	Tactus/Iriszorg*
Noord Veluwe	Tactus**/Dimence*** Dimence levert alleen verslavingspsychiatrie (Dubbele Diagnose).
Noord Oost Brabant	Novadic Kentron
Nijmegen	Iriszorg* (Iriszorg: tevens maatwerkafspraken per cliënt met 9 andere gemeenten)
Rivierenland	Iriszorg* (Iriszorg: tevens maatwerkafspraken per cliënt met 9 andere gemeenten)
Stadsregio Haaglanden	Brijder
Stadsregio Rijnmond	De Hoop*** De Hoop: weergegeven regio's betreft poliklinische zorg.
Twente	Tactus**/ Dimence*** Dimence levert alleen verslavingspsychiatrie (Dubbele Diagnose).
Utrecht stad	Arkin
Utrecht West	Arkin
West Brabant Oost	Novadic Kentron
West Brabant West	Novadic Kentron
West Friesland	Brijder
Zaanstreek Waterland	Brijder / Arkin
Zeeland	De Hoop*** De Hoop: weergegeven regio's betreft poliklinische zorg.
Zuid Holland Zuid	De Hoop*** De Hoop: weergegeven regio's betreft poliklinische zorg.
Zuid Kennemerland	Brijder
Zuid Limburg	Vincent van Gogh Instituut / Mondriaan
Zuid Oost Brabant	Novadic Kentron
Zuid Oost Utrecht	Arkin/ Dimence*** Dimence levert alleen verslavingspsychiatrie (Dubbele Diagnose).
Landelijk	Yes we can clinics *** landelijk opererende aanbieder verslavingszorg



### **Meer informatie**

Voor meer informatie over dit document en de gesprekstafels jeugdverslavingszorg kunt u contact opnemen met GGZ Nederland, Mieneke Kwist, [mkwist@ggz nederland.nl](mailto:mkwist@ggz nederland.nl)