

청소년 행동 건강 치료 옵션

환자 이름

의료 기록 번호

13~17 세 청소년 정신 건강 또는 약물 사용의 평가 또는 치료를 원하는 부모 또는 보호자에게는 법적으로 보장된 모든 치료 옵션을 알려야 합니다. 여기에는 청소년이 신청한 치료(구 명칭은 미성년자가 신청한 치료), 가족이 신청한 치료(구 명칭은 부모가 신청한 치료), 비자발적 치료가 포함됩니다. 2019 년 7 월부터 HB 1874 는 청소년 행동건강(BH) 치료 이용 가능 범위를 확대하기 위해 RCW 71.34 에 따라 가족 신청 치료(FIT) 언어의 범위를 넓힘으로써 해당 청소년의 동의 없이 부모, 보호자, 또는 행동건강 서비스 제공자에게 공개할 수 있는 정보에 관한 지침과 외래 치료 서비스를 포함시켰습니다.

청소년이 치료를 신청하는 경우(RCW 71.34.500-530)

13 세~17 세 청소년은 부모의 동의 없이도 정신건강이나 약물사용 장애 치료를 위한 외래 또는 입원 치료에 대한 평가를 요청할 수 있습니다. 시설에서 해당 청소년의 정신건강이나 약물사용 장애에 대한 외래 치료의 필요성에 동의할 경우, 그 청소년에게 서비스가 제공될 수 있습니다. 입원은 시설을 담당하는 전문가가 입원 치료 필요성에 동의하는 경우에만 가능합니다. 13 세 미만 미성년자는 부모 또는 법적 대리인이 동의할 경우 입원 치료를 받을 수 있습니다.

가족이 치료를 신청하는 경우(RCW 71.34.600-670)

13~17 세 청소년의 경우, 부모나 보호자, 양부모, 직계 가족 간병인, 기타 친척 또는 인가된 개인이 그 청소년을 정신건강 평가 및 치료 시설이나 병원, 입원 시설, 승인된 약물사용장애(SUD) 치료 프로그램에 데려가 전문가의 정신 건강 평가나 약물사용 장애 평가를 통해 해당 청소년의 정신건강 또는 약물사용 장애 여부 및 입원 또는 외래 치료 필요성을 판단할 수 있습니다. 입원 환경에서 수행되는 이 평가는 72 시간을 넘길 수 없습니다. 청소년의 동의가 없어도 외래환자 또는 입원환자에 대한 정신 건강 또는 약물 사용 장애 평가를 실시할 수 있습니다. 부모에 대한 새로운 정의는 RCW 71.34.020(25)(a) 에서 확인하세요.

주의사항: 서비스 제공자는 FIT 조항에 따라 청소년에게 치료를 제공할 의무가 없습니다. 그러나 시설은 청소년이 치료를 거부한다는 이유 만으로 서비스 제공을 거부할 수 없습니다.

가족이 신청한 외래 치료 및 집중 외래 치료

전문가가 13~17 세 청소년의 정신건강 또는 약물 사용 장애 여부를 결정하고 외래 치료 서비스가 필요하다고 판단한 경우 FIT 를 통해 청소년에게 서비스를 제공할 수 있습니다. FIT 의 규정에 따르면 부모는 3 개월 이내에 한 특정 전문가에게서 최대 12 번의 외래 정신 건강 및/또는 SUD 치료를 받을 수 있고 이에 동의할 수 있습니다. 외래 전문 의료 서비스 제공자는 청소년이 첫 가족 신청 치료 서비스를 받고 나서 처음 24 시간 내에 외래 치료를 받기 시작했을 경우 이를 Health Care Authority (HCA) 계약 검토자에게 알려야 하며 3 개월 동안 매 45 일마다 다시 알려야 합니다. 청소년은 치료 기간이 끝난 후에도 동일한 외래 치료 서비스 제공자에게서 추가 치료를 받는 것에 동의해야 합니다.

가족이 신청한 입원 치료

해당 13-17 세 청소년에게 정신 건강 또는 약물 사용 장애가 있음이 전문가를 통해 확인되어 입원 치료가 필요할 경우 부모 또는 보호자는 청소년의 치료를 위한 수용을 요청할 수 있습니다. 입원 프로그램에서 해당 청소년을 시설에 수용해서 치료를 받게 해야 한다는 판단이 서면, 입원 시설은 평가 완료 후 24 시간 내에 청소년을 입원시켜 가족 신청 치료를 받도록 조치했다는 사실을 HCA 계약 검토자에게 알려야 합니다. 입원 프로그램에서 청소년을 7 일간 입원시켜야 하는 것으로 판단한 경우, 해당 입원 프로그램은 HCA 에 입원 치료의 지속적

필요성을 검토해야 함을 통지해야 합니다. 검토 후 5 일 이상 시설 수용 시, 이를 중단하도록 상급법원에 탄원할 수 있다는 사실을 청소년에게 통지해야 합니다. 이 챕터에 따라 치료를 받는 청소년은 자발적 상태가 인정되거나 전문가 또는 지정된 위기 대응 담당자(DCR)가 본 섹션에 따른 비자발적 절차를 개시하지 않는 이상, 반드시 HCA 계약 검토자의 검토일로부터 30 일 이내에 입원 시설에서 퇴원해야 합니다.

HCA 계약 검토자의 검토 결과, 더 이상 청소년의 입원 치료 기준이 충족되지 않는 것으로 결정이 나면 부모 또는 보호자에게 이를 즉시 알려야 하며 해당 청소년은 24 시간 내에 퇴원 조치됩니다. 이때 부모/보호자 및 시설 모두가 청소년에게 입원 치료가 의료상 필요하다고 확신하면, 해당 시설은 HCA 의 검토 후 2 차 심리일까지 청소년을 계속 수용할 수 있습니다. 여기서 부모나 보호자는 RCW 13.32A.191 에 따른 청소년 보호 청원 제출이 허용됩니다. 가족 중재 서비스(Family Reconciliation Services, RCW 13.32A.040) 역시 아동청소년가족부(Department of Children, Youth, and Families, DCYF)를 통해 제공됩니다.

가족이 신청한 치료 절차에 따라 입원 시설에 수용된 청소년은 부모의 서면 요청이 있을 경우 즉시 퇴원시켜야 합니다.

비자발적 치료(RCW 71.34.700-795)

본인이나 타인에게 심각한 해를 입힐 위험이 있거나 심각한 장애가 있으며 즉시 정신 건강 또는 약물사용 입원 치료를 받을 필요가 있는 13 세 이상 청소년이 자발적 입원에 동의하지 않을 경우, 최대 12 시간 동안 보호하고 지정된 위기 대응 담당자(DCR)가 청소년의 비자발적 치료 여부를 평가하도록 할 수 있습니다. 자발적이거나 덜 구속적인 치료 대안이 없고, 해당 청소년의 정신건강 또는 약물사용 장애로 인해 심각한 상해 또는 상당 수준의 장애 가능성이 있다고 DCR 이 확인한 경우 해당 청소년을 시설에 수용할 수 있습니다. 청소년은 안전한 금단 증상 관리 및 안정화 시설이나 인가된 약물사용 장애 치료 프로그램을 이용할 수 있고 청소년에게 적합한 공간을 갖추고 있는 경우에만 비자발적 약물사용 장애 치료 조치를 받을 수 있습니다.

청소년이 이미 입원 정신 건강 또는 약물 사용 치료 시설에 입원한 경우, 정신건강 또는 약물사용 장애 전문가와 의료진의 평가를 통해 24 시간 이내에 비자발적 치료 소송을 개시할지 결정할 수 있습니다. 비자발적 치료 법령에 따라 청소년은 주말과 휴일을 제외하고 최대 72 시간 동안 치료를 위해 최초 보호될 수 있습니다. 이 기간에 심층 치료의 필요성이 확인되면 시설은 청소년을 14 일 더 수용할 수 있게 해달라고 법원에 청원할 수 있습니다. 14 일 기간이 끝나면 시설은 최대 180 일의 추가 입원 치료 청원을 제출할 수 있습니다.

지정된 위기 대응 담당자(DCR)가 청소년의 수용에 동의하지 않을 경우, 71.05.201 에 따라 부모 또는 보호자는 통지서를 법원에 제출하고 지정된 위기 대응 담당자의 보고서 및/또는 노트 사본을 제출함으로써 재심을 요청할 수 있습니다.

청소년이 조건부로 퇴원을 하거나 덜 제한적인 대안 법원 명령을 받았으나 퇴원 조건 또는 법원 명령에 따르지 않은 경우, 실질적으로 청소년의 기능이 저하된 경우, 해당 청소년은 지정된 위기 대응 담당자(DCR)의 평가와 보호를 받고 입원 평가 및 치료 시설로 이송되어 정신 건강 치료를 받거나 청소년의 약물사용 장애 치료에 적합한 공간을 갖추고 있는 경우 금단 증상 관리 및 안정화 시설로 이송되거나 인가된 약물사용 장애 치료 프로그램을 받을 수 있습니다. 자세한 지원이나 문의는 지역 행동 건강 위기 전화로 문의해주시시오.

서비스 제공자의 법정 검토 통지

FIT 입원 후 24 시간 내에 서비스 제공자는 HCA 계약 검토자인 FIT Administration Office 에게 보안 이메일(fitreporting@fitadministration.com) 또는 보안 팩스(206-859-6432)를 이용해 알려야 합니다

통지 내용은 다음을 포함합니다.

- 성명과 생년월일
- FIT 입원 날짜 또는 FIT 로의 상태 변동
- 청소년의 거주 국가 및
- 보험 유형

청소년 입원 후 7-14 일 사이에, 그리고 외래 또는 집중 외래 치료를 받는 45 일마다 서비스 제공자는 다음과 같은 정보를 HCA 의 계약 검토자에게 보내 의료 필요성을 검토 받아야 합니다:

- 입원 진상 내역서
- 입원 평가 노트
- 퇴원 요약

본인은 해당 청소년이 이용 가능한 치료 옵션을 서면 및 구두로 안내 받았습니다.

부모/보호자 서명

날짜

시설 대표자 서명

날짜

부모/보호자의 서명 또는 동의를 받을 수 없습니다.

서명을 받지 못한 이유:

시설 대표자 서명

날짜

가족이 신청한 치료에 대한 자세한 정보는 다음 연락처로 문의하십시오.

HCAFamilyInitiatedTreatment@hca.wa.gov

갱신

2020 년3 월17 일:

- 입원 및 검토를 위한 연락처 변동:

FIT Administration Office, 보안 이메일(fitreporting@fitadministration.com) 또는 보안 팩스(206-859-6432) 이용.