

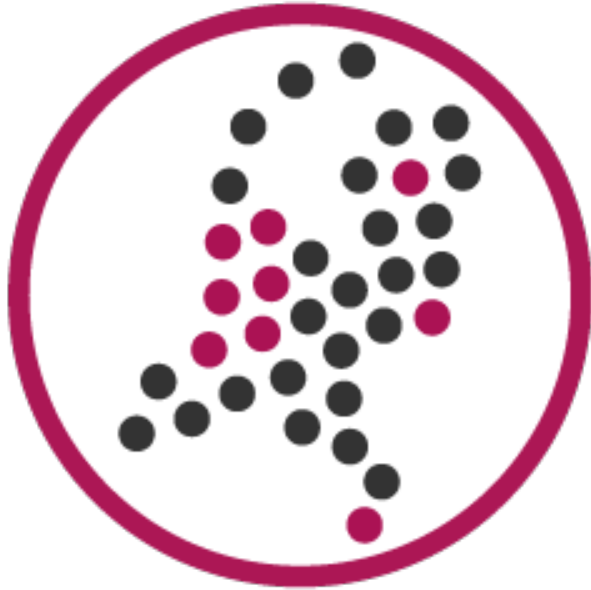


**TOPGGz en
regionalisering
in de ggz**

Online themasessie

22 november 2024

Welkom



Rieneke de Wit
Voorzitter Stichting Topklinische GGz

Netwerk ggz-model

Zorgaanbieders

Er worden vier categorieën zorgaanbieders voor patiënten met depressie onderscheiden.



Legenda

- topreferente aanbieders: PUK en TOPGGz
- sggz aanbieders
- ziekenhuizen, incl. PAAZ en MPU (niet UMC)
- huisartsen, basis ggz aanbieders, sociaal domein

Samenwerking

Binnen het 'superhubs-hubs-spokes' model worden drie netwerkklagen onderscheiden

1. Topreferent netwerk

- Topreferente aanbieders (superhubs)



2. Bovenregionaal netwerk

- Topreferent(e) aanbieder(s) (superhubs)
- sggz, ziekenhuizen (hubs)



3. Lokaal netwerk

- sggz, ziekenhuizen (hubs)
- 1^e en 0^e lijn (spo^kes)



Gelaagdheid

Binnen het superhubs-hubs-spokes model worden drie netwerkklagen onderscheiden, via welke lijnen de samenwerking in principe verloopt.



Programma

- 10.00 uur Inleiding - *Rieneke de Wit, voorzitter Stichting TOPGGz*
- 10.05 uur De generalist als specialist van de complexiteit -
Elnathan Prinsen, RvB Parnassia Groep
- 10.30 uur TOPGGz en regionalisering in de ggz –
Helga Aalders, regiodirecteur Altrecht
- 11.00 uur Pauze
- 11.10 uur Landelijk netwerk consultatie - *Aartjan Beekman, hoogleraar
psychiatrie AUMC, GGZ inGeest, vz. Topreferent netwerk
Hardnekkige Depressie*
- 11.35 uur Plenaire discussie met sprekers o.l.v. de voorzitter
- 11.50 uur Afronding door voorzitter
- 12.00 uur Einde



De generalist als
specialist van de
complexiteit

Elnathan Prinsen
Psychiater, lid raad van
bestuur



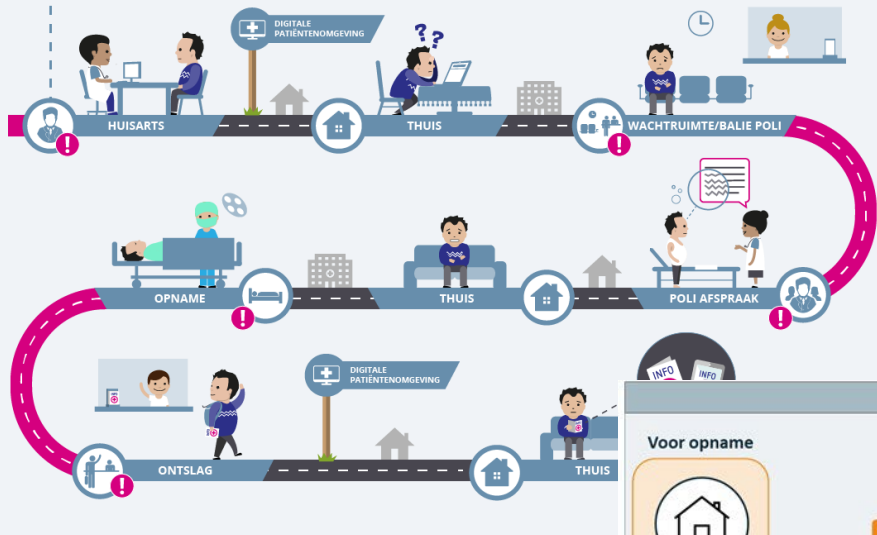
If you change
the way you
look at things
the things
you look at
change.

- Wayne Dyer

Patiëntenreis

Iwan

- 55 jaar
- Moeite met lezen en schrijven
- Beperkt gezondheidsvaardig



Clïentreis?

Algemene patiëntenreis kwetsbare ouderen

Voor opname



Eigen
woonomgeving



VVT



Huisarts/SO

Ziekenhuis



SEH



Diagnose/pre-
operatieve
beoordeling



Behandeling



Opname

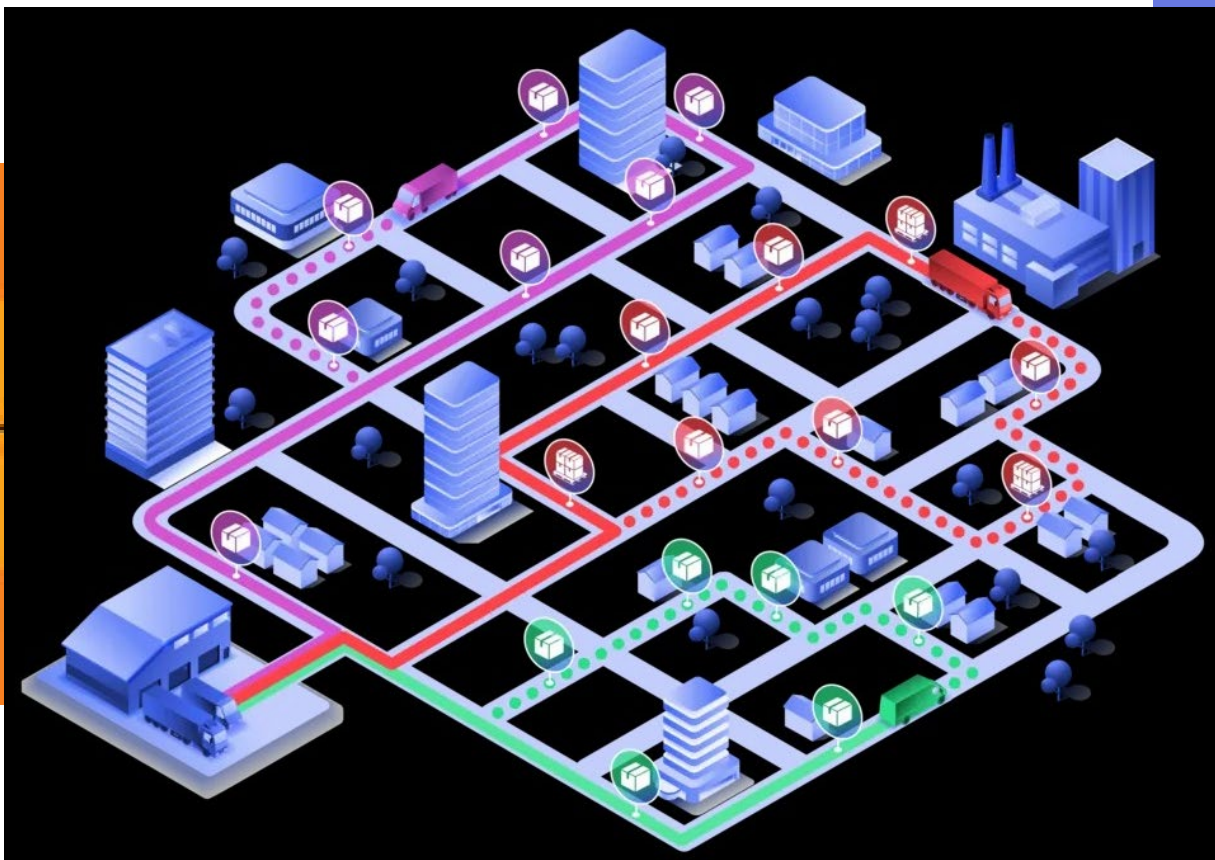
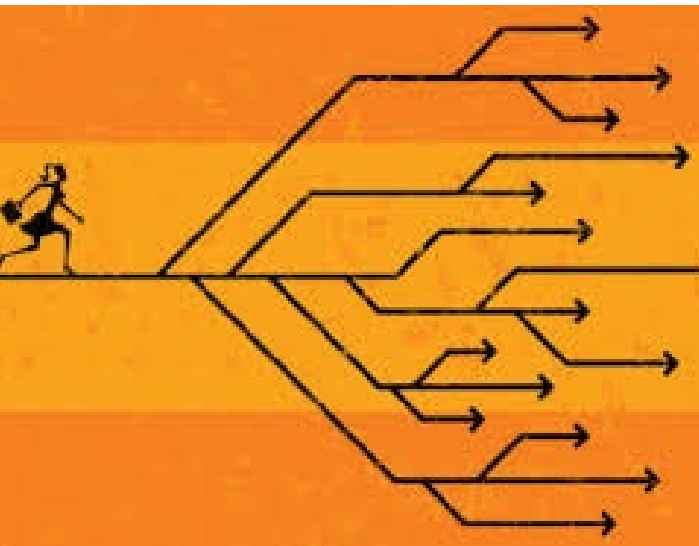
Na opname

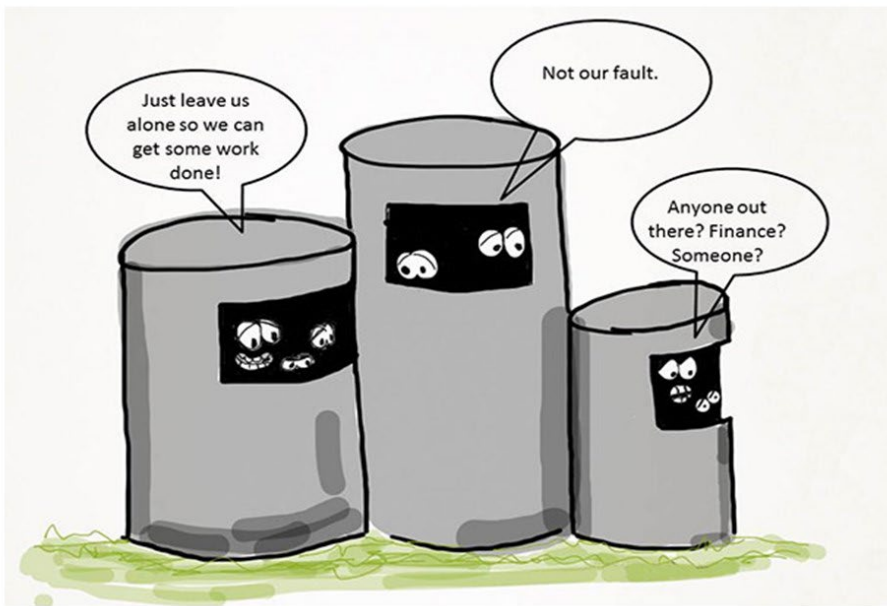


Eigen
woonomgeving

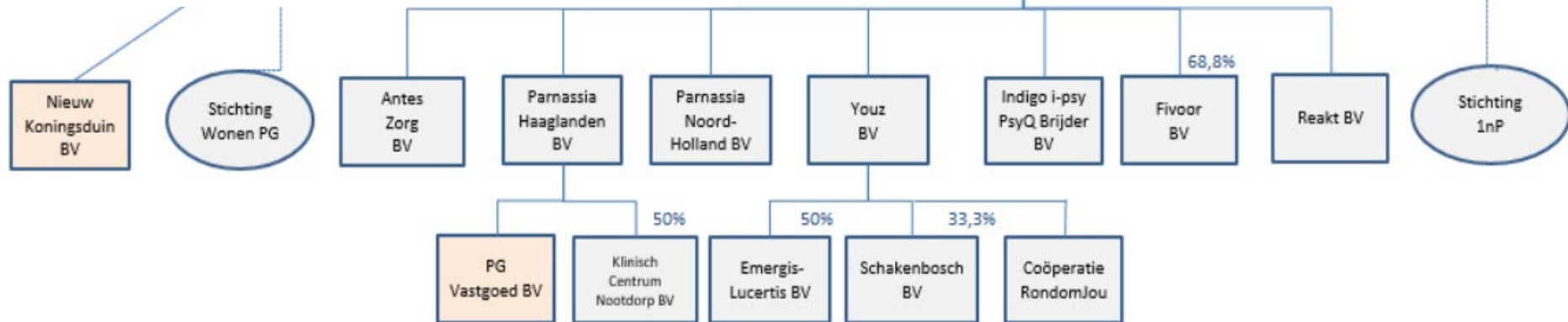


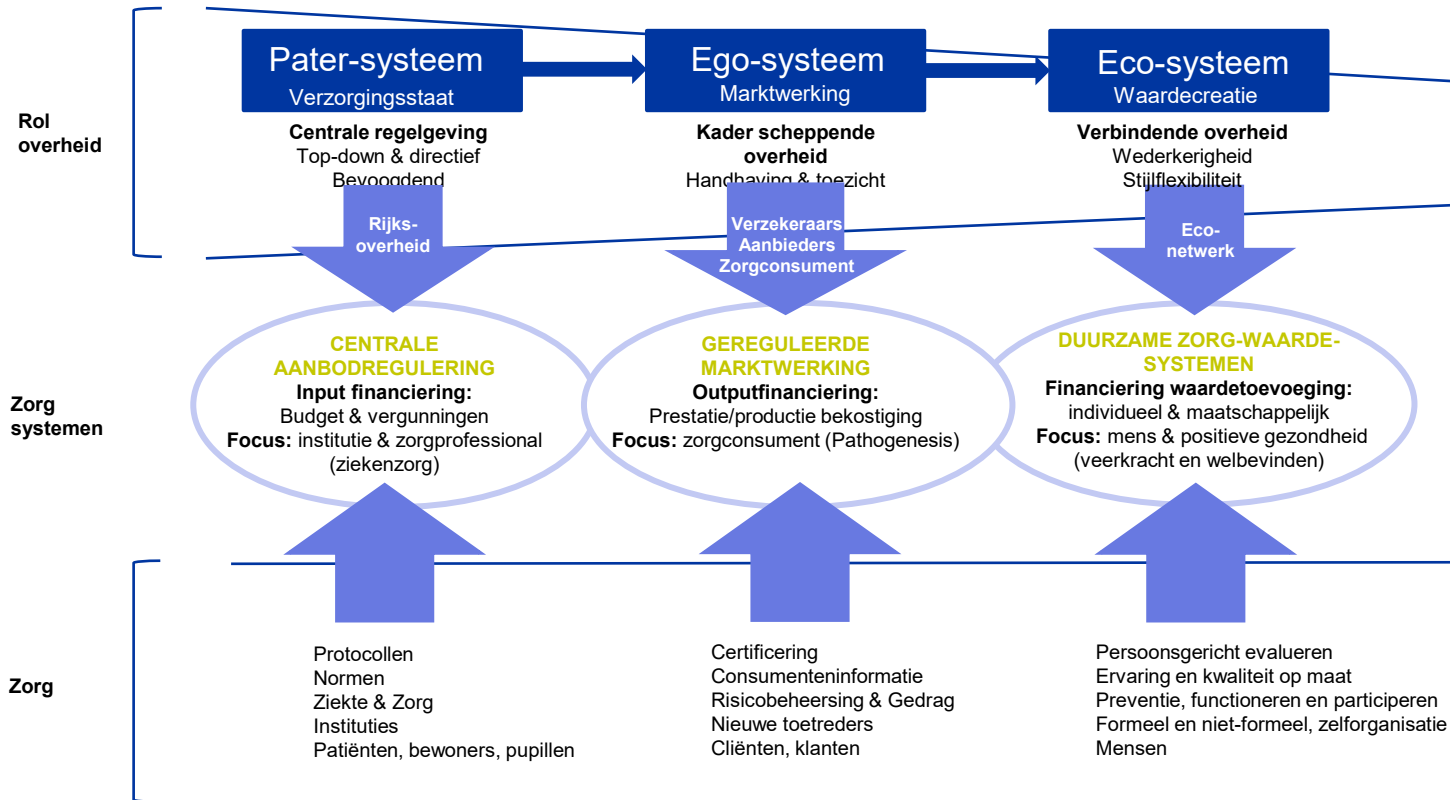
VVT





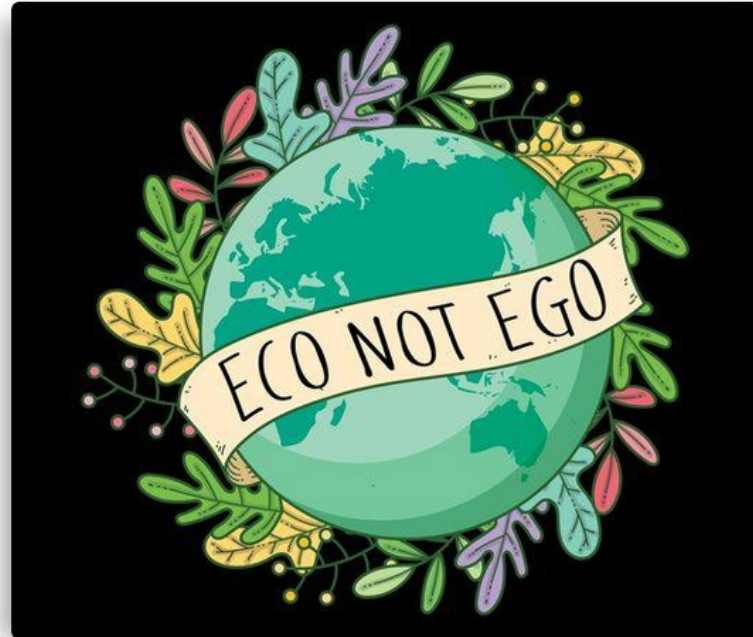
Silo mindset





Variatie op: Idenburg, Ph.J, Schaik, van M.C.M. Diagnose Zorginnovatie; over technologie en ondernemerschap, Scriptum, 2014, p. 172

Van ego-systeem naar eco-systeem



Positieve gezondheid van



Individu



Team



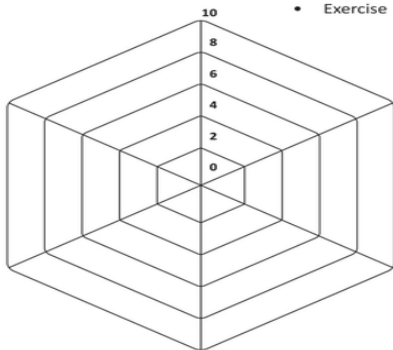
Organisatie/zorgbedrijven



Maatschappij

Van ego- naar ecosysteem

- Looking after yourself
- Knowing your limitations
- Knowledge of health
- Managing time
- Managing money
- Being able to work
- Asking for help



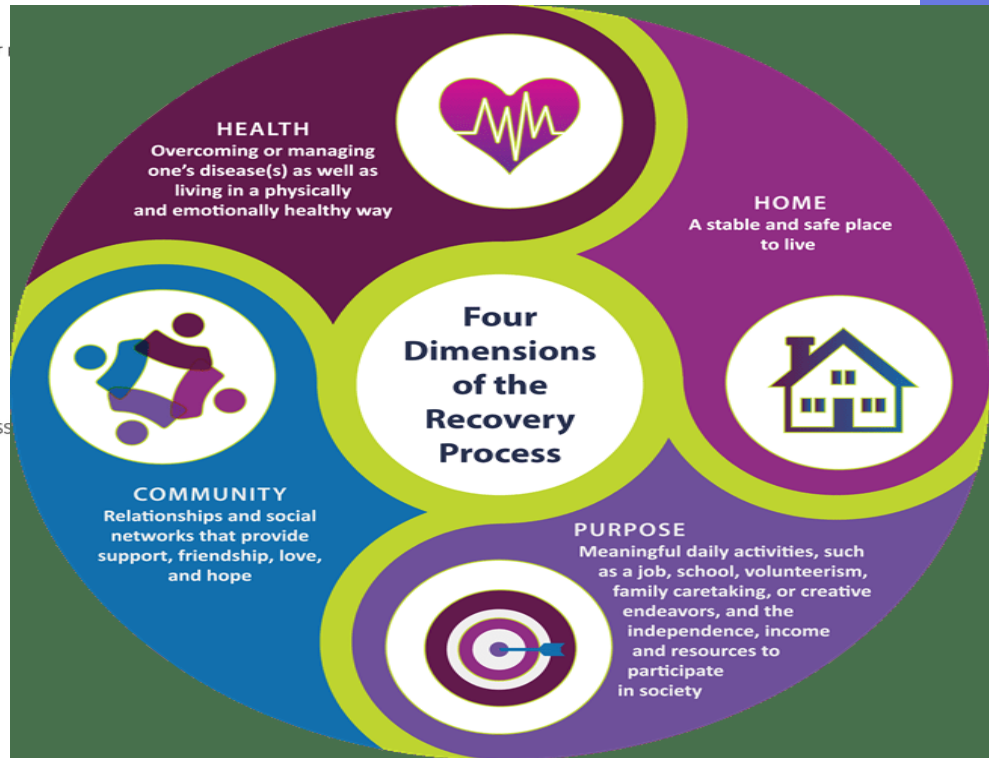
- Feeling healthy
- Feeling fit
- Having complaints and/or
- Sleeping pattern
- Eating pattern
- Physical condition
- Exercise



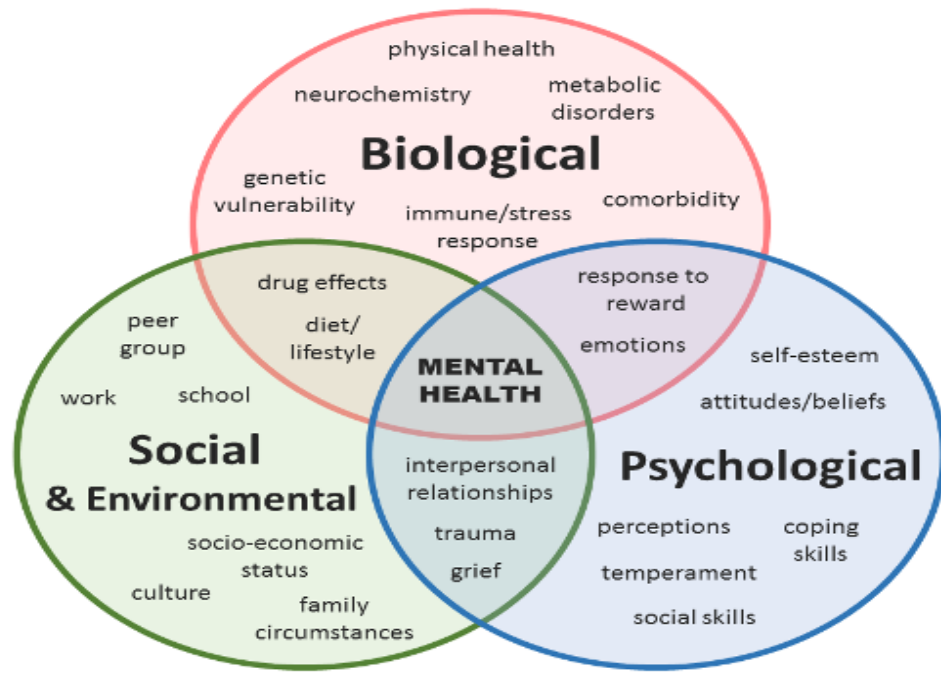
- Social contacts
- Being taken seriously
- Doing fun things together
- Having the support of others
- Belonging
- Doing meaningful things
- Being interested in society



- Enjoyment
- Being happy
- Feeling good
- Feeling well-balanced
- Feeling safe
- Living conditions
- Having enough money

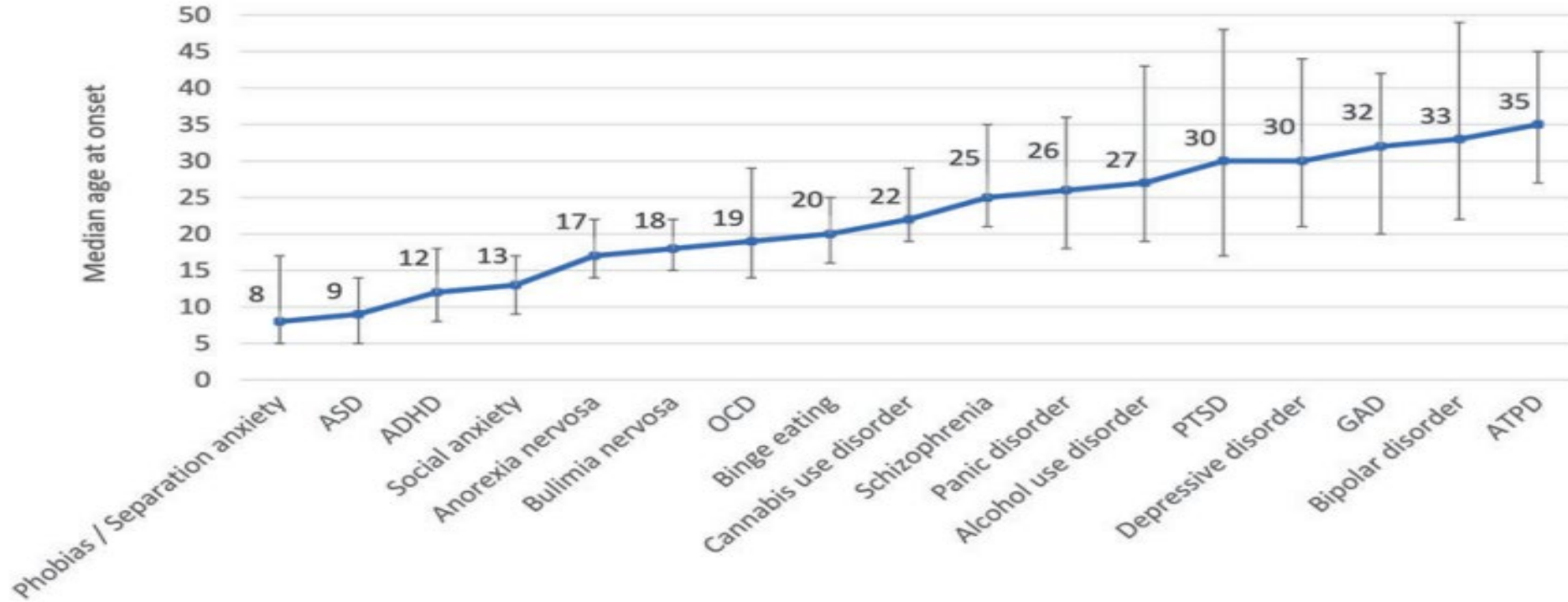


Van herstel van beperkingen naar positieve gezondheid en weer terug



“Armoede, schulden, problemen rondom huisvesting, eenzaamheid, werkloosheid, een beperking, een lage opleiding of de kwaliteit en de inrichting van de leefomgeving hebben allemaal invloed op hoe gezond je bent en hoe gezond je je voelt. Het bevorderen van gezondheid en preventie strekt dan ook verder dan het zorgdomein, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de gemeente.”

Age at onset



Volwassenen- en ouderenpsychiatrie is voor 80 % verlengde jeugdpsychiatrie

Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort

Julia Kim-Cohen ¹, Avshalom Caspi, Terrie E Moffitt, HonaLee Harrington, Barry J Milne, Richie Poulton

Affiliations + expand

PMID: 12860775 DOI: 10.1001/archpsyc.60.7.709

Abstract

Background: If most adults with mental disorders are found to have a juvenile psychiatric history, this would shift etiologic research and prevention policy to focus more on childhood mental disorders.

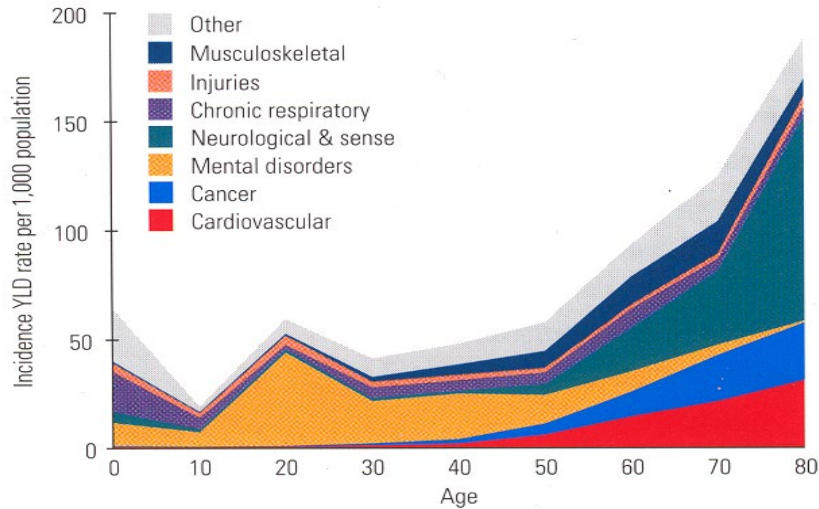
Method: Our prospective longitudinal study followed up a representative birth cohort (N = 1037). We made psychiatric diagnoses according to DSM criteria at 11, 13, 15, 18, 21, and 26 years of age. Adult disorders were defined in the following 3 ways: (1) cases diagnosed using a standardized diagnostic interview, (2) the subset using treatment, and (3) the subset receiving intensive mental health services. Follow-back analyses ascertained the proportion of adult cases who had juvenile diagnoses and the types of juvenile diagnoses they had.

Results: Among adult cases defined via the Diagnostic Interview Schedule, 73.9% had received a diagnosis before 18 years of age and 50.0% before 15 years of age. Among treatment-using cases, 76.5% received a diagnosis before 18 years of age and 57.5% before 15 years of age. Among cases receiving intensive mental health services, 77.9% received a diagnosis before 18 years of age and 60.3% before 15 years of age. Adult disorders were generally preceded by their juvenile counterparts (eg, adult anxiety was preceded by juvenile anxiety), but also by different disorders. Specifically, adult anxiety and schizophreniform disorders were preceded by a broad array of juvenile disorders. For all adult disorders, 25% to 60% of cases had a history of conduct and/or oppositional defiant disorder.

Conclusions: Most adult disorders should be reframed as extensions of juvenile disorders. In particular, juvenile conduct disorder is a priority prevention target for reducing psychiatric disorder in the adult population.

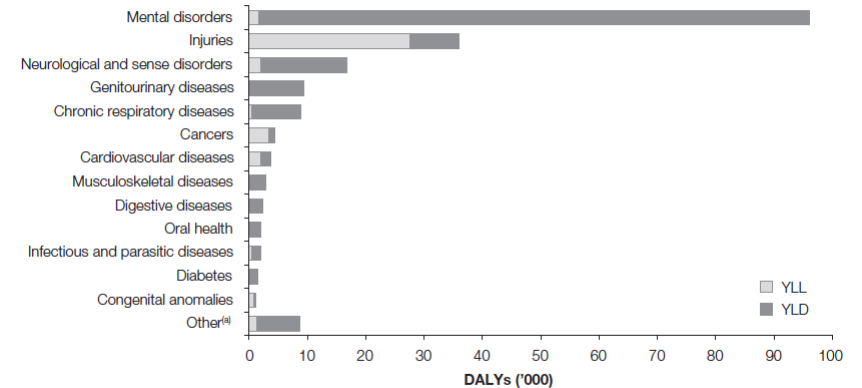
[PubMed Disclaimer](#)

Figure 6 Incident YLD Rates per 1,000 Population by Age and Broad Disease Grouping, Victoria 1996



Year losses in people aged 15-24 year in Australia Eckersley, 2011

FIGURE 2. Burden of disease by major disease groups for Australians aged 15-24, 2003. DALYs, disability-adjusted life years, represent lost years of healthy life; YLL, years of life lost, measures premature death due to disease or injury; YLD measures years of healthy life lost due to disease, disability or injury.³ Reproduced with permission from the Australian Institute of Health and Welfare.



(a) Includes acute respiratory diseases, maternal conditions, nutritional deficiencies, endocrine and metabolic disorders, other neoplasms, skin diseases and ill-defined conditions.

The ending gap in educational attainment in schizophrenia according to the past 50 years of published research: a systematic review and meta-analysis

Nicolás A Crossley, Luz María Allende, Leticia S Czepielewski, David Aceituna, Carmen Paz Castañeda, Camila Díaz, Barbara Iruretagoyena, Carlos Mena, Cristian Mena, Juan Pablo Ramirez-Mahaluf, Angeles Tepper, Javiera Vasquez, Laís Fonseca, Viviane Machado, Camilo E Hernández, Cristian Vargas-Upegui, Gladys Gomez-Cruz, Luis F Kobayashi-Romero, Tomas Moncada-Habib, Celso Arango, Deanna M Barch, Cameron Carter, Christoph U Correll, Nelson B Freimer, Philip McGuire, Sara Evans-Lacko, Eduardo Undurraga, Rodrigo Bressan, Clarissa S Gama, Gonzalez-Valderrama, Juan Undurraga, Ary Gadelha

BMC Psychology

Andersen et al. *BMC Psychology* (2021) 9:122
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00621-7>

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Mental health groups in high school students and later school dropout: a latent class and register-based follow-up analysis of the Danish National Youth Study

Susan Andersen^{*}, Michael Davidsen, Line Nielsen and Janne S. Tolstrup



with wellbeing and health, but patients with schizophrenia achieve fewer effective interventions can ameliorate this situation. However, the extent and its change over time are unclear. We aimed to reconstruct the mental health groups in patients with schizophrenia and, if reported, their healthy comparator

including all studies reporting on patients with schizophrenia of years of education of the participants, with or without healthy comparator studies. We excluded studies that included only patients with schizophrenia that did not specify the number of years of education of the participants from a search in PubMed and PsycINFO (Jan 1, 1970, to present), to participants from their mean age and publication date, and meta-analyses, focusing on educational attainment, the education gap, and years of education. The protocol was registered on PROSPERO

including 3321 studies reporting on 318 632 patients alongside 821 men from studies describing sex or gender; data on ethnicity were available in 19 studies, with the proportion of patients with mental illness increased over time, mirroring that of controls. However, patients with mental illness had 19 months less education than controls (−1.59 years, Cohen's d of −0.56 (95% CI −0.58 to −0.54) and implies a deficit of education (ie, not completing secondary education) for patients with mental illness throughout the decades; the rate of change in number of total years of education was 0.0047 years, 95% CI −0.0005 to 0.0099; $p=0.078$). In high-income countries, the education gap was significantly smaller than in low-income countries (annual change: −0.024 years, −0.037 to −0.011;

Lancet Psychiatry 2022;
9: 565–73

See [Comment](#) page 528

Department of Psychiatry,
School of Medicine, Pontificia
Universidad Católica de Chile,
Santiago, Chile

(N A Crossley PhD,

L M Allende MA,

B Iruretagoyena MD,

Ca Mena MSc,

J P Ramirez-Mahaluf PhD,

A Tepper BSc, J Vasquez BSc);

Department of Psychosis

Studies, Institute of Psychiatry,

Psychology and Neuroscience,

King's College London, London,

UK (N A Crossley,

Prof P McGuire PhD);

Department of Psychiatry and

Behavioral Neuroscience,

School of Medicine,

The University of Chicago,

Chicago, IL, USA (L M Allende);

Laboratory of Molecular

Psychiatry, Centro de Pesquisa

Clinica, Hospital de Clínicas de

Porto Alegre, Porto Alegre,

Brazil (L S Czepielewski PhD,

C S Gama PhD); Programa de

Pós-Graduação em Psicologia,

Instituto Psicologia

(L S Czepielewski), and Graduação

em Psicologia, Universidade

**Lancet Psychiatry 2022;
9: 565–73**

Abstract

Background: Mental health represents an important public health issue, and mental health problems have been linked to school dropout. This study aimed to identify mental health groups of high school students using both positive and negative aspects of mental health and to examine whether these mental health groups longitudinally predict school dropout.

Methods: We conducted latent class analysis using the Danish National Youth Study 2014 ($n=60,526$; mean 17.9 years) to identify clustering of mental health (11 items covering positive and negative aspects of emotional wellbeing and functioning in daily life), separately by sex. The relationship with subsequent school dropout was examined using logistic regression models, adjusted for age, ethnicity and socioeconomic status. Information on dropout status was obtained through educational registers.

Results: School dropout rates were highest among first-year students. Four mental health groups were identified: Flourishing (females: 38%, males: 55%), moderate mental health (females: 15%, males: 20%), emotionally challenged (females: 28%, males: 15%) and languishing (females: 19%, males: 10%). Compared to the flourishing group, adjusted odds ratio (AOR) for dropout were 3.43 (95% CI: 2.98, 3.95), 1.73 (95% CI: 1.45, 2.06) and 1.76 (95% CI: 1.52, 2.04) in the languishing, moderate mentally healthy and emotional challenged females. Results in males were comparable.

Conclusions: Mental health in high school students cluster together in four categories among both males and females. Students who are languishing, emotionally challenged or moderate mentally healthy have about 1.5-fold to threefold higher risk of dropping out of high school compared with flourishing students. Universal mental health interventions may be a promising strategy, particularly in the first year of high school where most students drop out of school.

Niet homogeniteit,
maar heterogeniteit is
de norm



Perspectives on Psychological Science
8(6) 651-662
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1745691613504115
pps.sagepub.com
SAGE

636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder

Isaac R. Galatzer-Levy¹ and Richard A. Bryant²
¹New York University School of Medicine, and ²University of New South Wales, Kensington, New South Wales, Australia

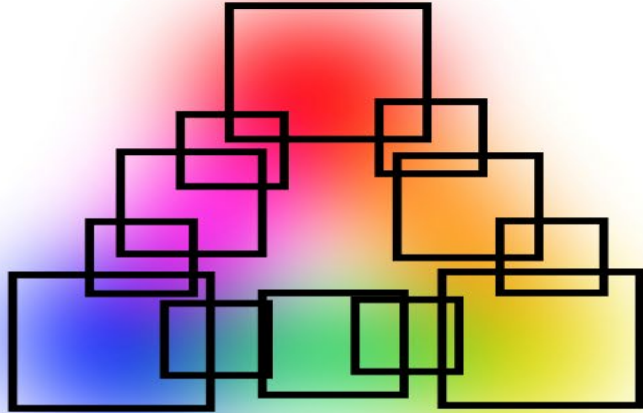
Abstract

In an attempt to capture the variety of symptoms that emerge following traumatic stress, the revision of posttraumatic stress disorder (PTSD) criteria in the 5th edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* has expanded to include additional symptom presentations. One consequence of this expansion is that it increases the amorphous nature of the classification. Using a binomial equation to elucidate possible symptom combinations, we demonstrate that the *DSM-IV* criteria listed for PTSD have a high level of symptom profile heterogeneity (79,794 combinations); the changes result in an eightfold expansion in the *DSM-5*, to 636,120 combinations. In this article, we use the example of PTSD to discuss the limitations of *DSM*-based diagnostic entities for classification in research by elucidating inherent flaws that are either specific artifacts from the history of the *DSM* or intrinsic to the underlying logic of the *DSM*'s method of classification. We discuss new directions in research that can provide better information regarding both clinical and nonclinical behavioral heterogeneity in response to potentially traumatic and common stressful life events. These empirical alternatives to an a priori classification system hold promise for answering questions about why diversity occurs in response to stressors.

$$\prod_{n=i} \left[\sum \binom{n}{k} \right], \text{ where } \binom{n}{k} = n! / k!(n-k)! \quad (1)$$



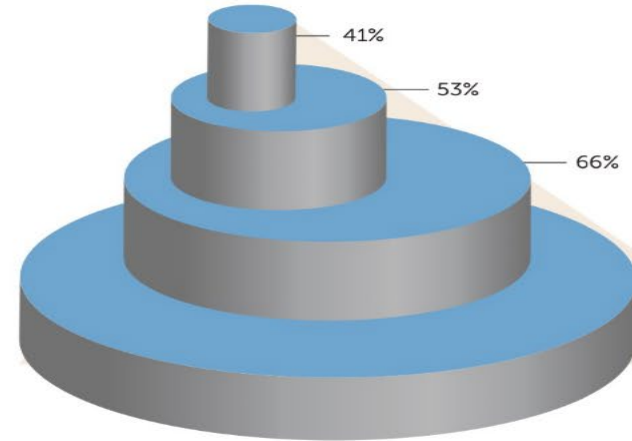
Multimorbiditeit is regel. Dus laten we nooit meer spreken over co-morbiditeit!



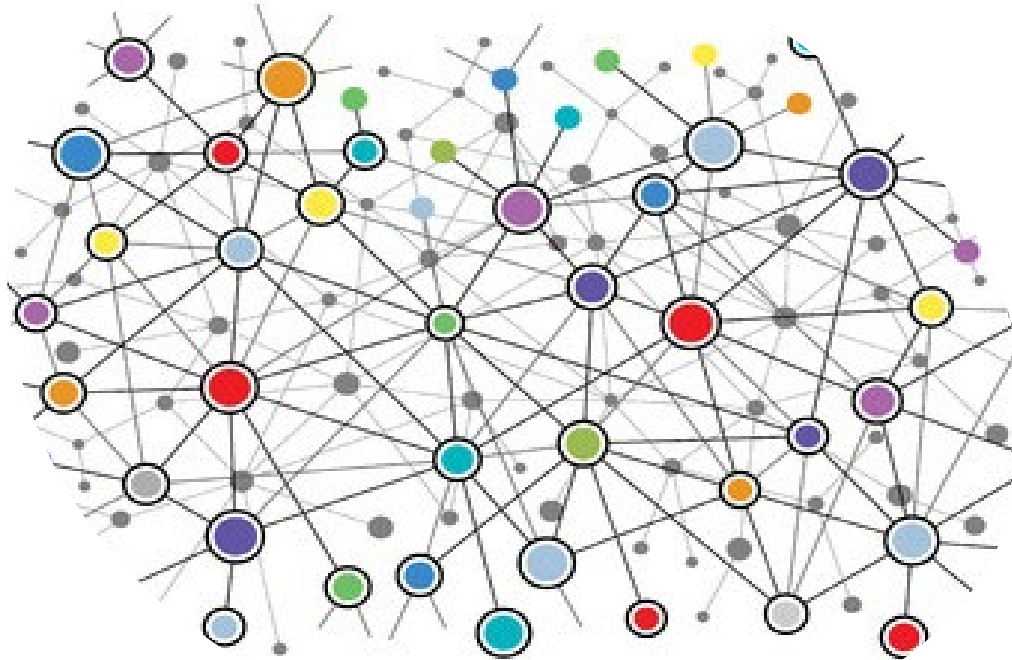
gradual transitions
between syndromes

FIGURE 1. Psychiatric Comorbidity Is Ubiquitous^a

A

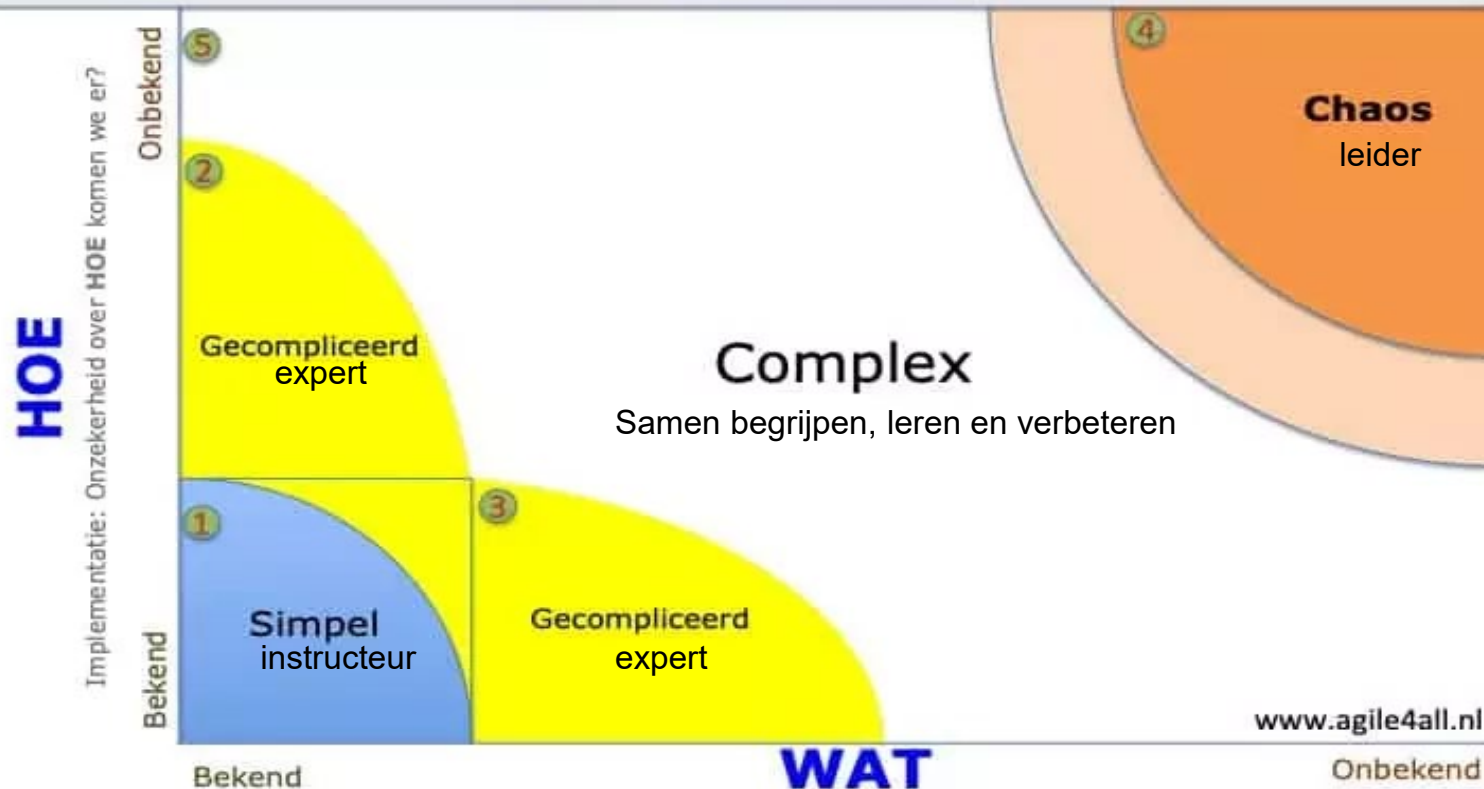


Caspi & Moffitt (2018) Am J Psychiatry, 175(9), 831-844



**Psychische
ontregeling als
complex,
adaptief
fenomeen**

De Stacey Matrix complexiteit



www.agile4all.nl

Denk, diagnosticeer, indiceer en behandel in patronen

Probleem-instandhoudend patroon: een patroon van een dynamische interactie tussen biologische, psychologische, sociaal en/of zingevingsfactoren die het dagelijkse probleemoplossend vermogen voortdurend of herhaaldelijk tegenwerken of ondermijnen



Wat is dan een specialist/TOPGGz?

- Een expert op een deelgebied/classificatie?
- Of juist een generalist die breder naar patronen kijkt en de complexiteit omarmt?

Combinatie van beide?!

- Expert kennis en kunde is noodzakelijk
- Maar krijgt pas betekenis als het is ingebed in een bredere, generalistische, patroongerichte aanpak.
- Consultatie en medebehandeling is key
- Bescheiden doch zelfverzekerd over eigen rol in netwerk
- Jouw patiënt is mijn patiënt!

Uitgangspunten

Jouw cliënt is mijn cliënt

Iemand is nooit alleen cliënt

Cliënt ben je nooit alleen

**We zijn specialisten in complexiteit:
hoe complexer de zorgvraag, hoe
meer we aan zet zijn**



**TOPGGz en
regionalisering
in de ggz**

Online themasessie

20 november 2024



TOPGGZ en regionalisering in de GGZ



Uit de dagelijkse praktijk van Altrecht

Helga Aalders
Zeist, 22-11-2024



Consultaties en samenwerken in het netwerk: hoe dan?



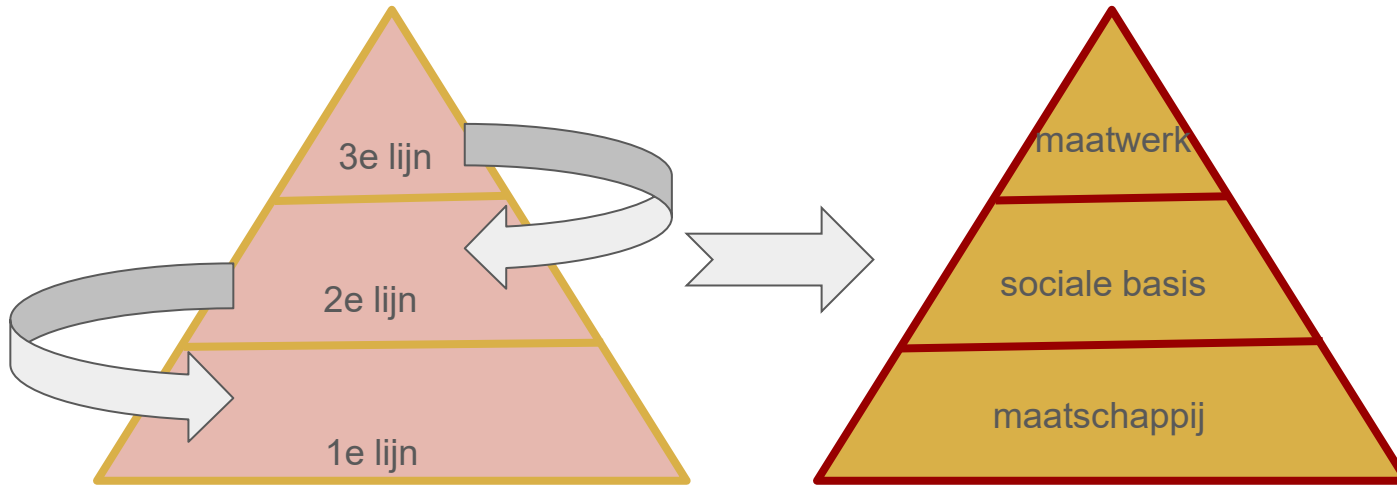
Altrecht regio Utrecht Zuidoost

Het jaar 2022

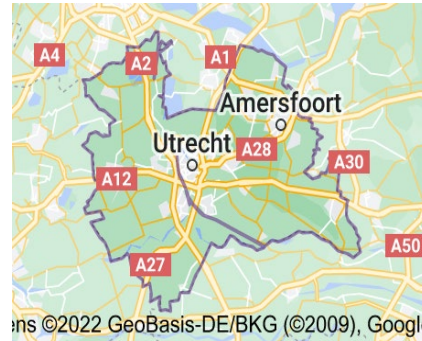
- Van zorgeenheden naar regio's
- Samen Passend Herstel
- Kennis- & Expertisenetwerken
- Van DBC naar ZPM
- Integraal Zorg Akkoord

- 2 TOPGGz-afdelingen
 - ❖ Eikenboom Psychosomatiek
 - ❖ Rintveld Eetstoornissen

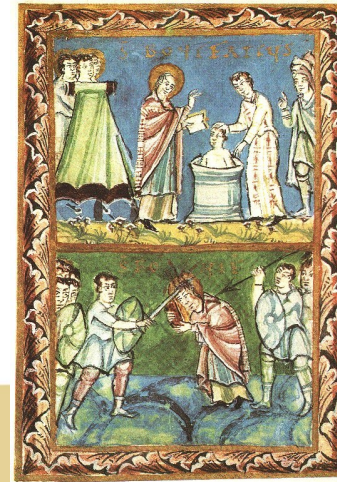
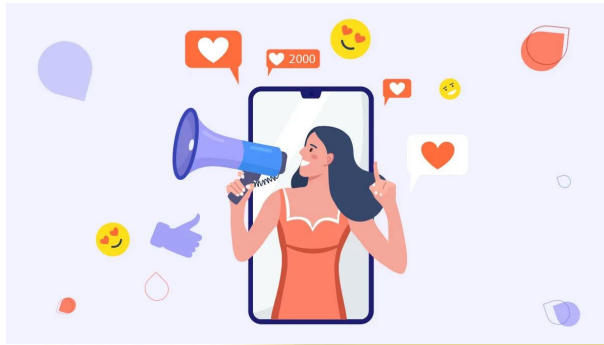
Integraal Zorg Akkoord



Eerste bevindingen



Eerste ontwikkelingen.....



Huidige en toekomstige producten.....

Consultatiemodel

- ❖ Consultatiespreekuur
- ❖ Diagnostiek & Advies
- ❖ Hoogspecialistische consultatie met CCE

Project tussen Wal en Schip

Ontwikkelen van een regionale netwerkmethodede om samenwerking in complexe casuïstiek te ondersteunen (systemische / mentalisatie bevorderende methodede)

Landelijk netwerk met alle kerninstellingen

- ❖ Regionale “verplichting” samen te werken
- ❖ Verwijzing alleen met regionale garantie / in overleg met zorgverzekeraar
- ❖ Zorgverzekeraar ondersteunt netwerkvorming (transformatie gelden)



Vragen?

Bedankt voor uw aandacht





Online themasessie

**TOPGGz en
regionalisering
in de ggz**

22 november 2024

PAUZE tot 11.10 uur

Landelijk netwerk consultatie

Themasessie Regionalisering in de ggz
TOPGGz 22 november 2024

Aartjan Beekman

Afdeling Psychiatrie Amsterdam UMC, GGz inGeest Amsterdam



Trump tijdens een campagnebijeenkomst. De Gruyter: 'Ik zie hem wel in de NAVO blijven. Hij kan zeggen dat het dankzij hem is dat die klaplopers in Europa meer in defensie investeren.' Beeld REUTERS

■ COLUMN IN EUROPA

“Trump-II’ dwingt Europa sterker en autonomer te worden

9 november 2024 • Leestijd 2 minuten

Luisteren 🎧

Leeslijst 📖



Caroline de Gruyter schrijft wekelijks over politiek en Europa.

+ Volg

Begin jaren vijftig waren er in Washington vurige debatten over de vraag hoeveel manschappen, materieel en politieke energie de Verenigde Staten in Europa moesten investeren. Uiteindelijk trokken

Integraal Zorg Akkoord

Samen werken aan gezonde zorg

September 2022

'A masterpiece ...
fascinating facts
burst like fireworks
on every page'
SUNDAY TIMES



CIVILIZATION

The West and the Rest

NIALL
FERGUSON

'The most brilliant historian of his generation'
THE TIMES





IC Regio's in Nederland



Deze kaart geeft de verdeling van IC's over de verschillende regio's in Nederland weer. ☆

10.045 weergaven

Gepubliceerd op 2 februari

[DELEN](#)

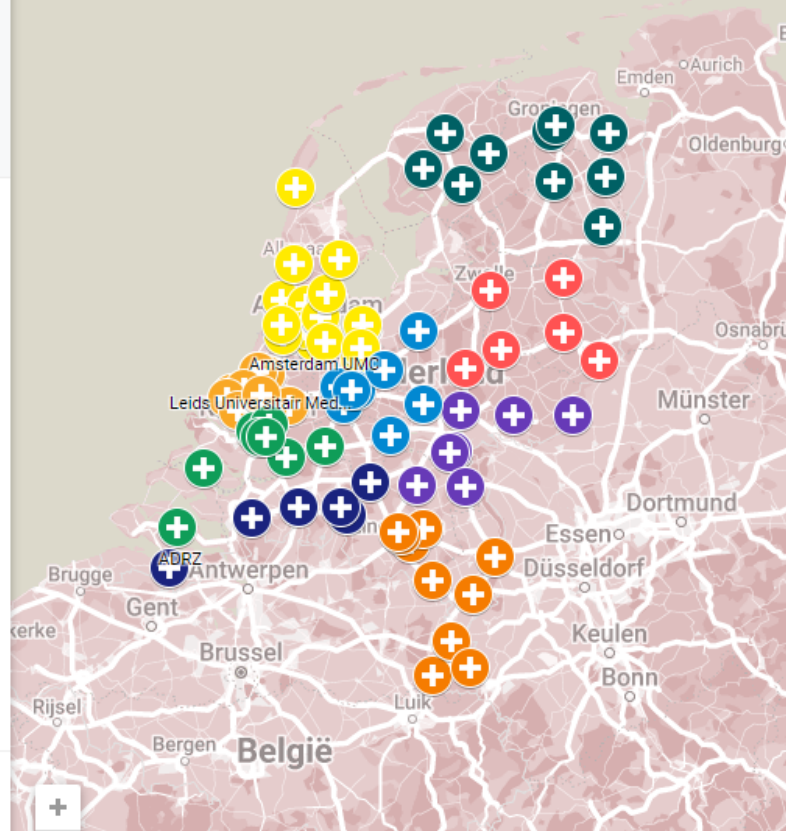


IC Regio's



- Netwerk Acute Zorg Noord-Holland Flevoland
- Noord Oost Nederland
- ICUZON
- IC West
- IC Rijnmond
- IC Nijmegen en omstreken
- IC Midden Nederland
- Zuidwest-Nederland
- MONICO

Deze kaart is gemaakt door een gebruiker. [Meer informatie over hoe je je eigen kaart kunt maken](#)



Agenda Oncologische Netwerkgzorg 2019-2022

Trefzekere zorg voor iedere patiënt met kanker

Taskforce Oncologie
Citrienfondsprogramma Naar regionale oncologienetwerken

December 2018



Regionale
Oncologienetwerken



NETWERK
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



NVZ
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



iKNL
integraal
kankercentrum
Nederland



SONCOS
Stichting Oncologische Samenwerking



Federatie
Medische
Specialisten



nfk
Nederlandse
Federatie van
Geneeskundige
Ondernemingen



nmv
nederlandske helseforbundet
gezondheidszorg



Het Citrienfonds van de NFI en
ZonMw helpt door samen en breed
hoofdke samen te werken in de
gezondheidszorg te ontwikkelen.



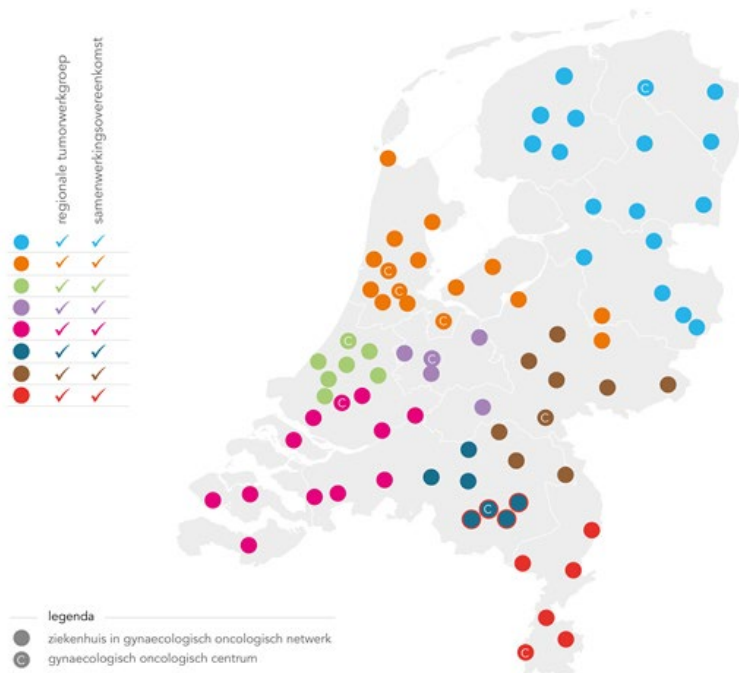
september 2018

De ontwikkeling van oncologienetwerken in Nederland

Aanbevelingen rond organisatie en financiering

Regionale werkgroepen vindt u op de [NVOG-website](#). Onderstaand kaartje toont deze regionale netwerken voor gynaecologische oncologie.

gynaecologische kanker



Contact [Log in](#) [Ga naar T](#)

HOVON

Algemeen **Ziekenhuizen** Patiënt Studies Behandeladvies Werkgroepen

Ziekenhuizen (per regio) | Ziekenhuizen (alle) | Echelonering | Participerende centra

NL | BE

UMCG | UMCN | MS Twente | AZM | ErasmusMC | LUMC | HagaZhs | UMCU | AMC | VUmc/Isala

print **Zoek in de**

Regioverdeling

In hematologisch Nederland wordt de zorg en het participeren in studies gecentreerd rond de 10 consult verlenende centra, dit zijn:

1. [UMCG](#) (n)
[Level A]
2. [Radboudumc](#) (o)
[Level A]
3. [MST](#) (o)
[Level B]
4. [AZM](#) (z)
[Level A]
5. [ErasmusMC](#) (zw)
[Level A]
6. [LUMC](#) (w)
[Level A]
7. [Haga Ziekenhuis](#) (w)
Locatie Leyweg
[Level B]
8. [UMCU](#) (m)
[Level A]
9. [AMC](#) (nw)
[Level A]
10. [VUmc/Isala](#) (nw)
[Level A]



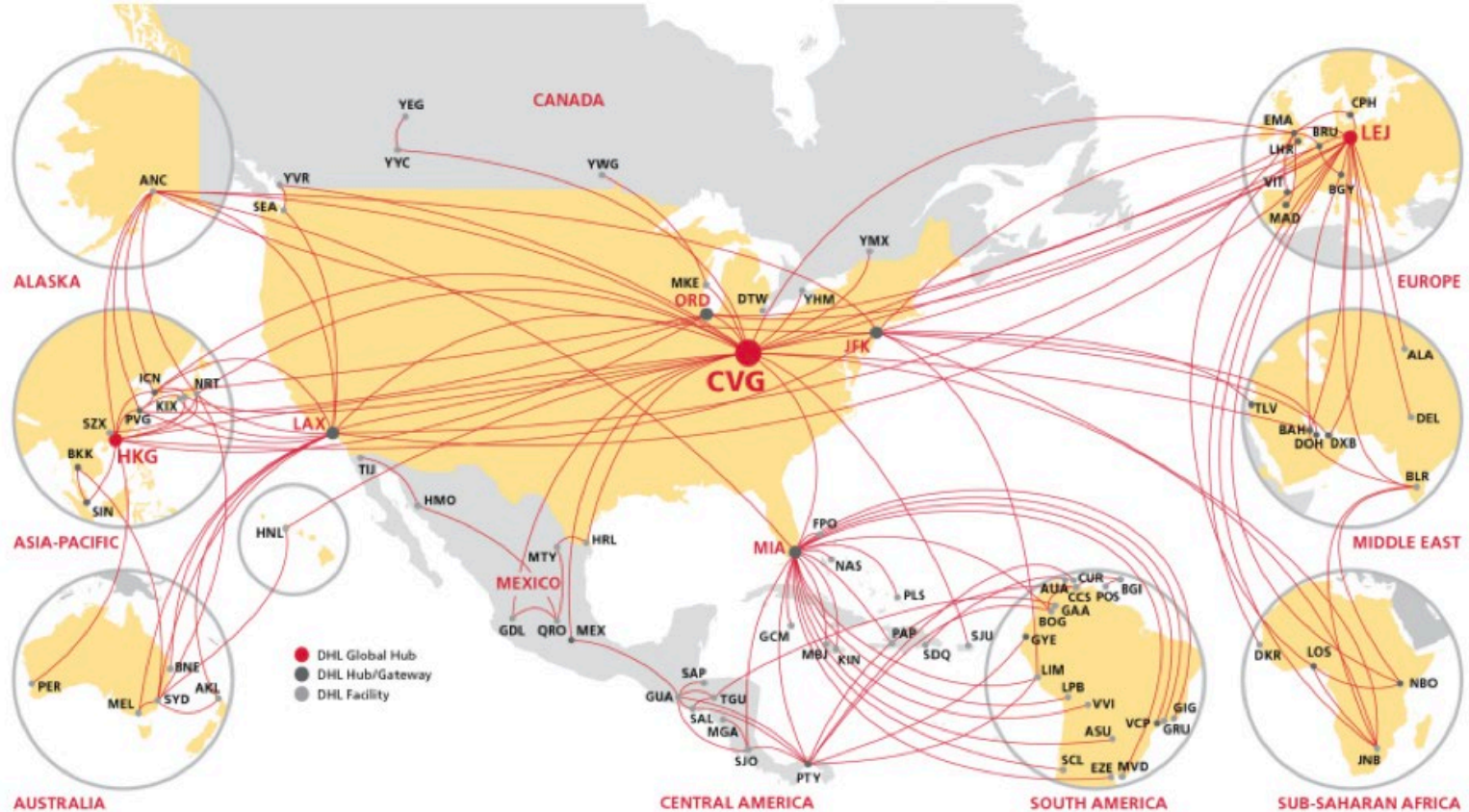
Concentratie en spreiding:

- Epidemiologie aandoening
- Type zorg en infrastructuur die nodig is
- Beschikbaarheid mensen en middelen

- Het lukt nooit om alle soorten (hoog)specialistische voorzieningen in alle regio's beschikbaar te krijgen
- Dat is ook niet wenselijk of nodig

- Maar dan wel een goed landelijk consultatienetwerk opbouwen

Hubs and Spokes



8 NOVEMBER 2022

JAARSYMPIOSIUM DEPRESSIE

LANCERING: NETWERK
HARDNEKKIGE DEPRESSIES



- UMCG
- Amsterdam UMC
- GGz inGeest
- Pro Persona
- Parnassia
- Lentis
- GGZ Oost Brabant
- Depressie Vereniging
- MIND

Waarom netwerken hoogspecialistische zorg?

- Patiënten en verwijzers toegang bieden tot consultatie en second opinions
- Opbouw kennis en data-infrastructuur
- Gezamenlijk werken aan innovatie en onderzoek
- Juiste zorg op de juiste plaats: concentratie en spreiding
- Gelaagdheid gezondheidszorg

Consultatie

- Beproefde/goed onderzochte methode om kennis en kunde te delen
- Verschillende methodieken
- Verschillende intensiteit en duur
- Consultatie is er voor
 - (i) de huisarts,
 - (ii) sociaal domein,
 - (iii) ziekenhuis,
 - (iv) binnen de GGz

Consultatie

- Huisarts: netwerk binnen regio
- Sociaal domein: netwerk binnen regio
- Ziekenhuis: binnen regio

- Specialistische consultatie: landelijk netwerk

Consultatie mag en kan; maar we doen het weinig

- Wachlijsten: “eigen volk eerst”
- Financieel ongunstig: indirecte tijd; dure professional
- Vindbaarheid: “GGz is een jungle”
- Praktijkvariatie: “iedereen doet zijn eigen ding”



Landelijk netwerk specialistische consultatie

- Depressie
- Ontwikkelingsstoornissen/autisme
- Eetstoornissen

- Verschillen in epidemiologie, opbouw zorg, leeftijd
- Netwerkvorming is al bezig

Project TOPGGz en UMC's

- Portfolio consultatie:
 - inventariseren huidige praktijk
 - gedeelde methodiek die overdraagbaar is
- Vindbaarheid: communicatie en website
- Logistiek
- Verkennend: impactanalyse

Impact landelijk consultatie-netwerk depressie

- VECTIS data
- NEMESIS data
- Resultaten trials
- Expert opinion

Hypothesen

- Kwaliteit van leven en functioneren patiënten verbetert
- Vrijmaken capaciteit ggz door stoppen ineffectieve behandelingen
- Kostenbesparing: deels binnen de ggz en deels daarbuiten

Scenario's van effect van consultatie bij hardnekkige depressie



Patiëntengroep A (≈ 8.250 personen)

De consultgever geeft advies voor een behandeling die nog niet bekend was bij de sggz behandelaar. De behandeling wordt in de sggz voortgezet.

Meerwaarde: een niet werkende sggz behandeling wordt gestopt en een kansrijkere sggz behandeling gestart.



Patiëntengroep B (≈ 8.250 personen)

De consultgever geeft advies voor een hoogspecialistische behandeling.

Meerwaarde: een niet werkende sggz behandeling wordt gestopt, een kortere kansrijkere hoog-specialistische behandeling gestart.



Patiëntengroep C (≈ 8.250 personen)

De consultgever geeft advies om te stoppen met depressie behandeling en een andere aandoening / problematiek aan te pakken (zoals bijv. verslaving of schulden).

Meerwaarde: een niet werkende behandeling wordt gestopt, aandacht gaat naar een ander blokkerend probleem.



Patiëntengroep D (≈ 8.250 personen)

De consultgever adviseert om geen curatieve behandeling meer in te zetten maar herstelgericht te begeleiden.

Meerwaarde: een niet werkende behandeling wordt gestopt, aandacht gaat naar acceptatie en begeleiding van de persoon.

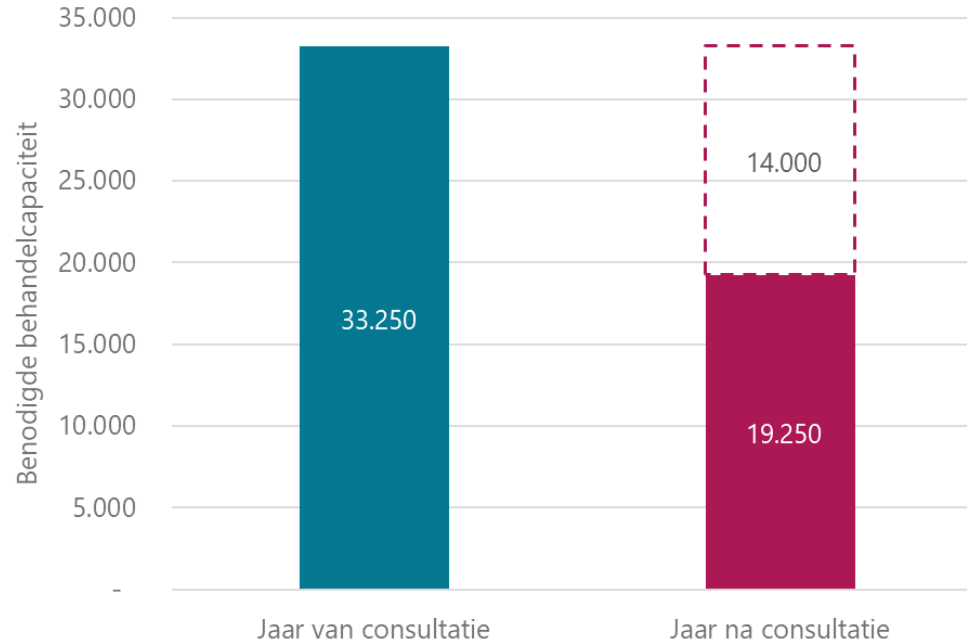
Het is onbekend hoe groot de onderliggende patiëntgroepen zijn. Voor deze impactberekening is uitgegaan van een gelijke verhouding van 25% per groep.

Schattingen van

- Kosten consultatie
- Kosten zorg vier groepen over 2 jaar
- Effectiviteit zorg binnen de vier groepen
- Aantallen patiënten in zorg over 2 jaar
- Effecten op welbevinden en functioneren (oa werk)

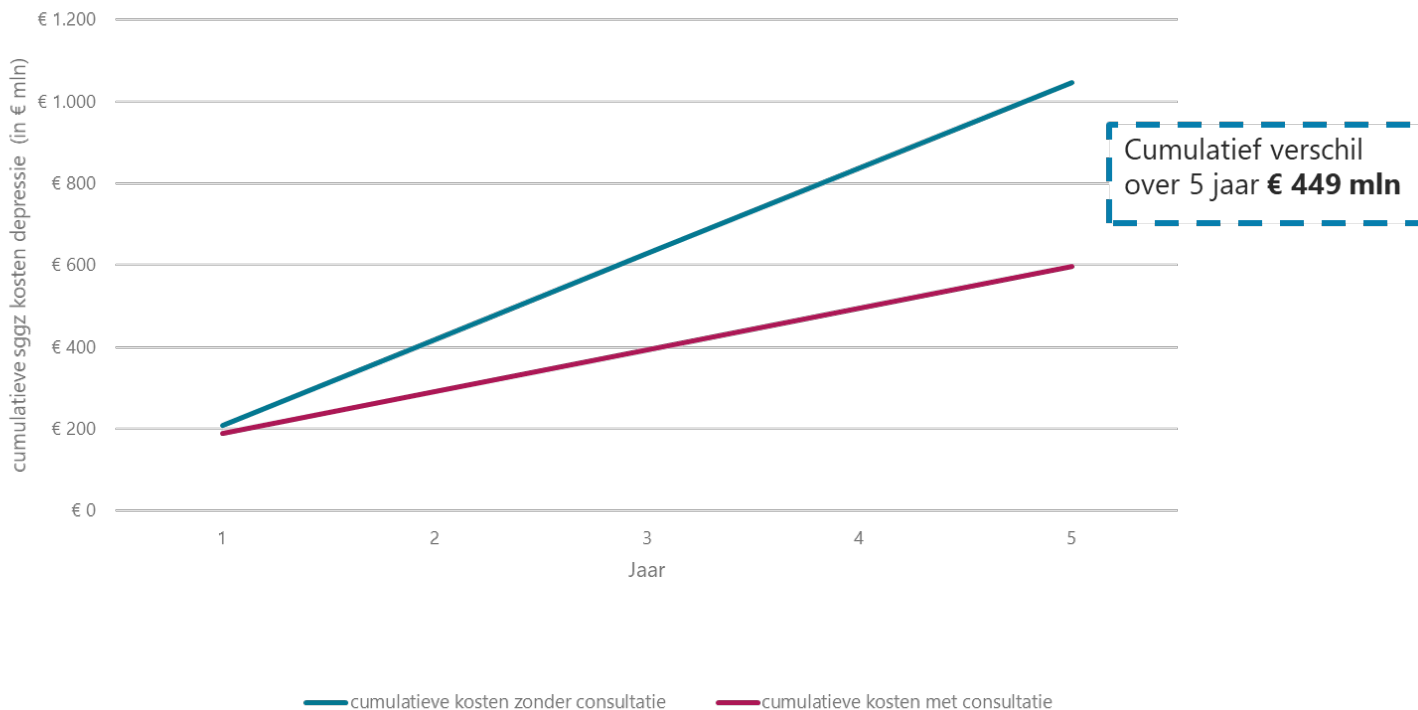
- Onzekerheid:
 - conservatief schatten
 - gevoeligheidsanalyse

Stevig effect op behandelcapaciteit na 1 jaar

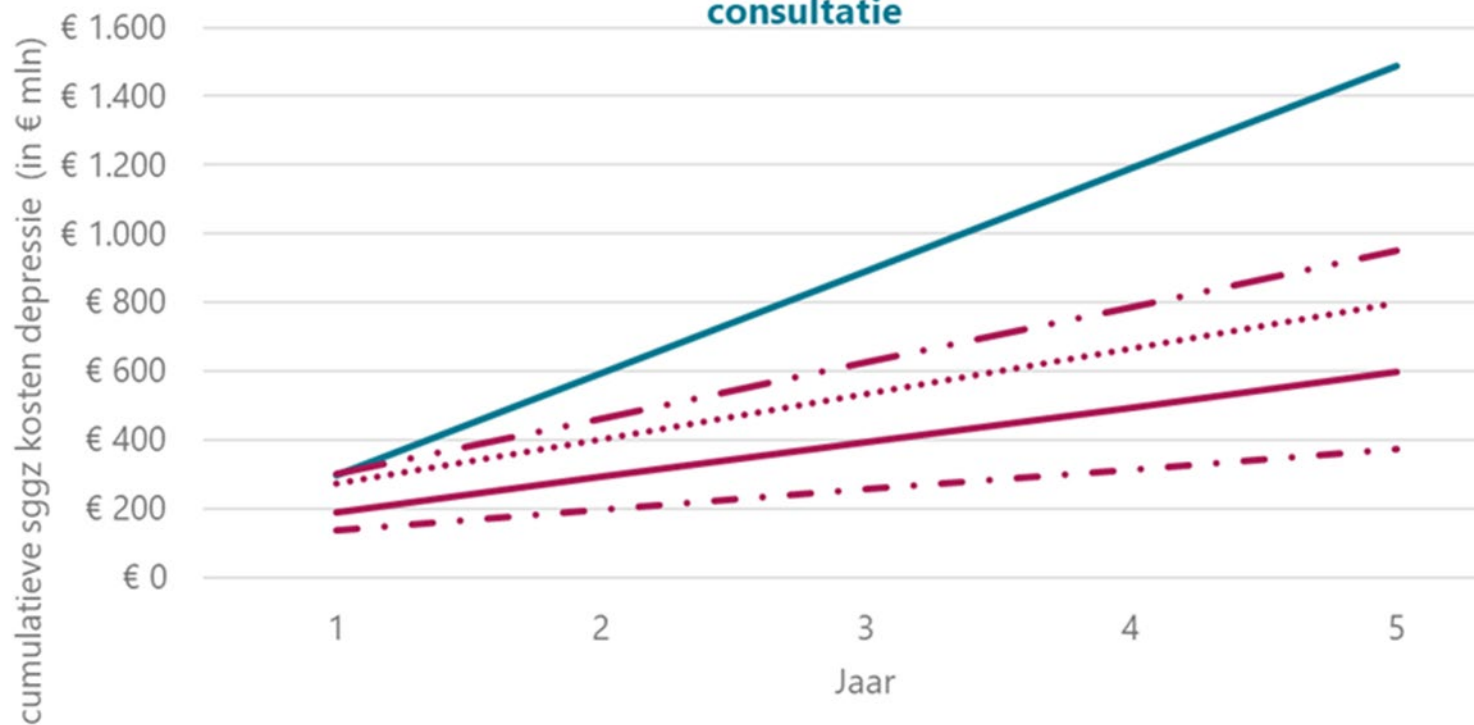


Geschatte kostenbesparing door consultatie

Cumulative ggz kosten na 5 jaar met en zonder consultatie



Cumulatieve ggz kosten na 5 jaar met en zonder hoogspecialistische consultatie



— Zonder consultatie

— Basisscenario

..... Pessimistisch scenario

- . Optimistisch scenario

- . Uiterst pessimistisch scenario

Stellingen

- Een TOPGGz-afdeling moet onomstreden meerwaarde hebben voor gehele organisatie

Stellingen

- TOPGGz-teams zouden geen exclusiecriteria mogen hebben (dus accepteren en omarmen van multimorbiditeit en crisis gevoeligheid)

Stellingen

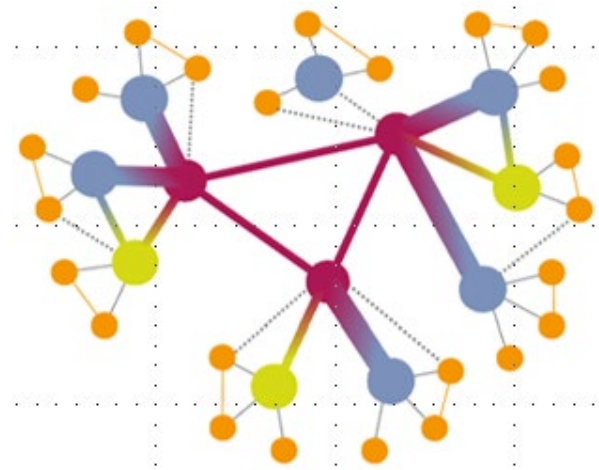
- Hoogspecialistische zorg: bedien de regio vanuit landelijke netwerk



Stellingen

- Consultatie = meest effectieve en praktisch bruikbare interventie
- Toegankelijke zorg vergroten via consultatie vraagt om inspanningen van aanbieder en ontvanger.
- Een TOPGGz-afdeling staat open voor consultatie aan en medebehandeling in iedere onderdeel van de GGZ

Vragen?



Bedankt voor je aandacht

TOPGGZ
Netwerk van experts
in complexe zorg