



## **Checklist**

### **Multidisciplinaire Richtlijn**

### **Schizofrenie**

**niet medicus**

## *Inleiding*

In 2005 is de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie verschenen waaraan jaren is gewerkt. Bij deze richtlijn staat zoveel mogelijk evidence based werken centraal. Bij evidence based werken is er sprake van een wetenschappelijke onderbouwing en wordt er gekozen voor de behandeling die grootst bewezen werkzaamheid heeft.

### *Vrijblijvendheid?*

Werken volgens deze richtlijn is zeker niet vrijblijvend. Zo dringen ziektekostenverzekeraars sterk aan op werken volgens de richtlijn. Ook is werken volgens de richtlijn een uitgangspunt van het kwaliteitssysteem dat bij GGNet ingevoerd wordt. Tot slot is het de verwachting dat de concurrentiepositie van GGNet op termijn behoorlijk verzwakt als er niet volgens de richtlijn gewerkt zal worden.

### *Wie is er reeds goed op hoogte van de richtlijn?*

Opmerkelijk genoeg is de kennis van de richtlijn beperkt. Een groot aantal hulpverleners is niet of nauwelijks op de hoogte van de richtlijn. Programmaleiders onderkennen veelal wel het belang van werken volgens de richtlijn maar hebben vaak geen duidelijk beeld van wat dit in de praktijk betekent.

### *Hoe kan de informatieachterstand worden ingelopen?*

Om niet de hele richtlijn te hoeven bestuderen is er binnen GGNet een hulpmiddel ontworpen: de checklist werken met de multidisciplinaire richtlijn. Deze checklist maakt het mogelijk om op een actieve en snelle manier inzicht te krijgen in: wat werken volgens de richtlijn inhoud en in welke mate er reeds volgens de richtlijn wordt gewerkt.

### *Uitgangspunten bij de checklist.*

Omdat gebruiksvriendelijkheid en snelheid voorop staan komen de belangrijkste zaken uit de richtlijn aan bod. Dit betekent dat er een keuze is gemaakt en dat sommige niet zijn terug te vinden. Er wordt naar de richtlijn verwezen door het (tussen haakjes) vermelde paginanummer.

*Gebruiksaanwijzing van de checklist (goed lezen).*

De checklist bestaat uit 19 items die gemakkelijk te herkennen zijn doordat ze **vet** zijn gedrukt. **Bij ieder item moet worden nagegaan in welke mate deze overeen komt met de praktijk binnen het zorgprogramma.**

Per item zijn er vier scoremogelijkheden:

Volledig van toepassing	(4)
In grote mate van toepassing	(3)
Beperkt van toepassing	(2)
Niet van toepassing	(1)

**Per item dient 1 scoremogelijkheid omcirkeld te worden.**

Dit is de versie van de checklist waarin items over biologische behandeling (waaronder farmacotherapie) ontbreken. Er bestaat ook een algemene versie van de checklist waarin de items hierover wel zijn opgenomen.

## Algemeen

Naam :  
Functie :  
Programma / RVE :  
Datum :

## Diagnostiek

- 1) Bij de diagnose worden de DSM-IV criteria gebruikt (46).  
1      2      3      4
- 2) Bij het vermoeden van een schizofrene stoornis wordt een semi-gestructureerd diagnostisch interview afgenomen (CASH, SCAN of SCID, 48).  
1      2      3      4
- 3) Bij het semi-gestructureerde interview komen minimaal aan bod: stemmingsstoornissen, drugsgebruik, wanen, hallucinaties, formele denkstoornis, bizar gedrag en negatieve Symptomen (48).  
1      2      3      4
- 4) Indien de symptomen in de loop van de tijd veranderen wordt het diagnostische interview herhaalt (48).  
1      2      3      4

### *Aanvullend diagnostisch onderzoek.*

- 5) Er wordt neuropsychologisch onderzoek verricht als bijdrage aan de indicatie voor psychosociale vaardigheids- en revalidatietrainingen (57).  
1      2      3      4
- 6) Zorgbehoefte en zorgvragen van de cliënt en de familie worden systematische en gestructureerd vastgesteld (58). Hierbij wordt de CAN gebruikt.  
1      2      3      4

### *Diagnostiek van suicidaliteit.*

- 7) Er wordt bij de diagnose en verder periodiek een inschatting van de aanwezigheid van risicofactoren voor suïcide (59).  
1      2      3      4

*Behandeling en ondersteuning.*

*Algemeen*

- 8) De effectiviteit van de behandeling wordt periodiek bepaald door middel van een geschikt objectief meetinstrument.  
1      2      3      4

*Psychosociale interventie en maatschappelijke participatie.*

- 9) Er wordt assertive community training aangeboden. Dit geldt in het bijzonder cliënten met een hoge klinische zorgconsumptie, weinig binding met de zorg, waarbij sprake is van een heropname, er sprake is van maatschappelijk verval en dakloosheid of dit dreiging hiermee (69).  
1      2      3      4
- 10) Er wordt acute dagbehandeling aangeboden als alternatief voor een opname (73).  
1      2      3      4
- 11) Bij een acute crisis wordt er psychiatrische intensieve thuiszorg aangeboden (76).  
1      2      3      4
- 12) De werkgelegenheid van de cliënten wordt verbeterd door individual placement en support (81).  
1      2      3      4
- 13) Er wordt ondersteuning geboden bij het leggen van contact tussen cliënten en werkgevers, verhuurders, en andere deelnemers aan de zorgketen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van educatie (87).  
1      2      3      4
- 14) Er wordt cognitieve gedragstherapie aangeboden bij cliënten met blijvende positieve symptomen, een gebrekkig ziekte-inzicht en een matige medicatietrouw (95).  
1      2      3      4
- 15) Er wordt psycho-educatie aangeboden (104).  
1      2      3      4
- 16) Er wordt een gezinsinterventie geboden bij gezinnen die met een gezinslid met schizofrenie wonen of daarmee nauw contact onderhouden (111).  
1      2      3      4
- 17) Er worden Liberman-modules aangeboden (geringe evidentie, 114).  
1      2      3      4
- 18) Er wordt bewegingsactivering en psycho-motore therapie aangeboden (geringe evidentie, 125).  
1      2      3      4
- 19) Lotgenoten contact wordt gestimuleerd (geen evidentie, lijkt zinvol, 132).  
1      2      3      4