CCAF

FORENSISCH FACT WERKBOEK

ForFACT-SCHAAL

Het ForFACT-werkboek is ontwikkeld om goede ambulante forensisch psychiatrische zorg en behandeling voor mensen met een verhoogd risico op delictgedrag in combinatie met (ernstige) psychiatrische aandoeningen, verslaving en/of een licht verstandelijke beperking te blijven doorontwikkelen en teams de mogelijkheid te bieden zich adequaat voor te bereiden op een ForFACT-audit van het CCAF.

Bähler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., Westen, K., & Platform For(F)ACT. (2019). *ForFACT-Schaal 2019*. CCAF, Utrecht

INHOUDSOPGAVE

Inhoud

Introductie 1
Inleiding 2
Achtergrondinformatielijst 7
Professionalisering 9
Deel A: De Structuuritems 10
Deel B: De Thema's 12
Thema 1: Flexibilisering 13
Thema 2: Persoonlijk Domein 14
Thema 3: Crisis en Veiligheid 15
Thema 4: Maatschappelijk Domein 17
Thema 5: Symptomatisch Domein 18
Thema 6: Planning en Controle op Individueel Cliëntniveau 19
Thema 7: Samenwerking met het Netwerk 20
Thema 8: Kwaliteit en Innovatie 21
Eindscore 22

ForFACT-WERKBOEK

Introductie

Voor u ligt het Forensisch FACT-Werkboek ter ondersteuning van het ontwikkelen en borgen van goede ambulante forensisch psychiatrische zorg en behandeling voor mensen met een verhoogd risico op delictgedrag in combinatie met (ernstige) psychiatrische aandoeningen, verslaving en/of een licht verstandelijke beperking. Daarnaast bereidt het werkboek u optimaal voor op een audit van het CCAF.

U kunt zich als team voorbereiden door alle hoofdstukken te doorlopen en eventuele aanvullende en ondersteunende informatie in de bijlagen op te zoeken. De auditoren van het CCAF maken gebruik van dezelfde informatie ter voorbereiding op de audit en op de dag van de audit. Let op dat de samenhang van de verschillende onderdelen misschien wel de grootste toets is: voor welke doelgroep levert u uw diensten (casemix), welke diensten levert u en passen die bij uw doelgroep, en met wie levert u die diensten en heeft u uw resources voldoende geborgd in en om de cliënt en/of het Forensisch FACT-team?

In de praktijk van de forensische GGZ wordt er regelmatig gewerkt in gecombineerde en samengestelde teams uit meerdere organisaties of organisatieonderdelen, vandaar dat gekozen is om te spreken van een ***kernteam***. **Dit betreft de leden die consequent tot het team en alle bijbehorende overlegvormen behoren. Dit kunnen medewerkers van verschillende organisaties of organisatieonderdelen zijn die allen direct aanstuurbaar zijn vanuit één centraal orgaan en gezamenlijk, multidisciplinair integrale zorg bieden.** Eventuele andere medewerkers en disciplines die niet tot het kernteam behoren zijn niet direct aanstuurbaar, zij zijn wél opgenomen in de behandelplannen en zijn systematisch of op indicatie aanwezig bij teamoverleggen en dragen bij aan de multi agency approach (het gecoördineerd samenwerken van medewerkers van verschillende organisaties).

Alvorens te kunnen starten met de (door)ontwikkeling van uw Forensisch FACT-team of de voorbereiding op een audit, is het van belang te weten of u voldoet aan de minimale eisen voor deelname aan een audit. Hiervoor zijn de volgende instapcriteria opgesteld:

1. Bestaansduur van het team (in maanden)		≥ 12 maanden
2. Aantal cliënten in de totale caseload.		≤ 300 cliënten
3. Cliënt/hulpverlener ratio.		≤ 1:30 ratio
4. Er zijn minimaal vier verschillende disciplines (zoals in A) aanwezig in het kernteam.		≥ 4 kerndisciplines
5. Aantal keren per week FACT-Bordoverleg.		≥ 3x/week
6. Het team kan op flexibele wijze de zorg intensiveren indien noodzakelijk.		Flexibel
7. Het percentage van de cliënten dat jaarlijks door 4 of meer disciplines van het kernteam wordt gezien.		≥ 50%
8. Het team heeft in zijn visie en werkwijze een duidelijke focus op integrale behandeling van criminogenen behoeften, responsiviteit en bevorderen van herstel.		Gericht op verminderen delict recidiverisico en bevorderen herstel.
9. Het percentage van de face-to-face contacten dat extern plaats vindt.		≥ 40%

Wij wensen u veel plezier met het uitwerken van de onderdelen van het FACT-Werkboek en raden u aan de uitwerking te gebruiken in uw interne PDCA-cyclus en de data te verwerken in een levendig ***Teamdocument***.

Inleiding

ForFACT-werkboek

Forensisch FACT heeft specialistische ambulante forensische behandeling en psychiatrische zorg voor complexe doelgroepen in de GGZ, verslavingszorg en zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking op de kaart gezet, de inzet van forensische ervaringsdeskundigheid bevorderd en kan nu een voorname rol gaan spelen als schakel tussen de forensische zorg en de reguliere ggz, bij de aansluiting van de forensische GGZ met de specialistische GGZ en met het Sociale Domein. Dit vraagt om een nieuwe werkwijze, om creatieve speelruimte en het in gezamenlijkheid innoveren. Een nieuwe Forensische FACT betrouwbaarheidsschaal met respect voor het verleden, oog voor het heden en met de blik op de toekomst is noodzakelijk om de kwaliteit van zorg voor de doelgroep in dit nieuwe speelveld te waarborgen.

De afgelopen jaren heeft het FACT-model vaste voet aan de grond gekregen binnen verschillende organisaties verspreid over het hele land, na reeds een lange geschiedenis te kennen in de VS. Het wordt ingezet voor verschillende doelgroepen en het aantal FACT-teams groeit nog steeds. De DACTs, de vorige Forensische FACT-schaal en de audits door het CCAF hebben een belangrijke rol gespeeld bij de implementatie van daadwerkelijk goede zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in de ambulante zorg. In de periode 2009-2011 is door het Platform For(F)ACT i.s.m. het Ministerie van Veiligheid & Justitie (Dienst Forensische Zorg) en het Trimbos-instituut gewerkt aan een aanpassing voor forensisch ambulante teams op basis van onderzoek naar de doelgroep, de behoeften van de doelgroep en het doel van de behandeling. Tot op heden was de Forensische Schaal normerend van aard, wat zeker een bijdrage heeft geleverd voor bijvoorbeeld de inzet van ervaringsdeskundigheid en de leidende rol die de forensisch ambulante zorg nu inneemt. Voor startende Forensisch FACT-teams was de ForFACTs een behulpzaam middel om het Forensisch FACT-model goed te implementeren. Anderzijds lijkt het moment nu aangebroken om nieuwe initiatieven en innovaties te erkennen en teams meer waarderend te auditen, zonder de kernprincipes van Forensisch FACT los te laten.

Doel ForFACT

Het doel van Forensisch FACT is het verminderen van de kans op grensoverschrijdend gedrag en recidive door behandeling van de risicofactoren en de criminogene behoeften, de onderliggende stoornis en daarmee het vergroten van de zelfredzaamheid en zelfcontrole van de cliënt. Risicotaxatie, terugvalpreventie en risicomanagement nemen een belangrijke plek in binnen forensische (F)ACT-teams en er wordt intensief samengewerkt met justitie (Van Marle et al, 2009). Daarnaast heeft ForFACT als doel om de cliënt te ondersteunen bij het eigen leer-, groei-, en herstelproces. Belangrijk doel van deze ondersteunende interventies is sociale inclusie waarbij de cliënt ondanks zijn psychiatrische beperkingen beter kan functioneren, zodat hij naar eigen wens veilig kan wonen, werken, leren en vrijetijdsbesteding heeft in een gewenste omgeving. Dit bevordert eveneens het verminderen van het risicogedrag. De functie van een forensisch FACT-team is tweeledig; het kan als voortgezette ambulante behandeling worden ingezet na behandeling in een klinische forensische setting, zoals een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) of een forensisch psychiatrische afdeling (FPA), maar het kan ook worden ingezet in het kader van het intensiveren of 'opschalen' van zorg, dus bij individuen met psychiatrische stoornissen die voorheen vrij in de samenleving verbleven of gedetineerd waren maar daarvoor niet (voldoende) behandeling kregen of wilden.

Forensisch FACT-teams, zowel gericht op jeugd, volwassenen als mensen met een licht verstandelijke beperking en verslaving, of een combinatie daarvan, passen zich razendsnel aan en spelen in op de veranderingen binnen de forensische GGZ, de reguliere GGZ én in het Sociale Domein.

Forensisch FACT maakt evenals de reguliere FACT-teams deel uit van intensief zorgnetwerk met partners op allerlei gebieden. Het grote verschil is dat er sprake is van een specifiek forensisch zorgnetwerk dat anders is

georganiseerd. Dat maakt dat er eveneens andere deskundigheden nodig zijn om de zorg goed te kunnen leveren. De komende jaren is het van belang om de aansluiting van forensische en reguliere geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. De invoering van de Wet forensische zorg (Wfz) en de Wet verplichte GGZ (WvGGZ) beoogt die aansluiting te verbeteren. Daardoor zal een aantal cliënten die nu binnen de forensische psychiatrie behandeld worden, in de toekomst in principe binnen de reguliere psychiatrie behandeld worden, en daar waar nodig ondersteund vanuit de forensische psychiatrie. Er komt dan een grotere toestroom van hoog risico cliënten met een zorgmachtiging (opgelegd door de strafrechter) richting de reguliere psychiatrie. Voor een goede samenwerking en voor continuïteit van zorg in het kader van de nieuwe wetgeving zal deze zorg ook onderdeel van de keten van forensische zorg moeten zijn. Het ForFACT-team is daarvoor de verbindende schakel. Het werkt als onderdeel van de forensische zorg wijk-overstijgend en sluit aan bij regio-overstijgend werken (forensische keten) en wijkgericht werken (wijkteams in reguliere ggz en sociale domein).

Doelgroep

De doelgroep van forensisch FACT betreft mensen die een verhoogd risico hebben op delict gedrag en waarbij sprake is van bijkomende of onderliggende (ernstige) symptoomstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen en eventueel bijkomende co-morbide problematiek als een licht verstandelijke beperking of een disharmonisch profiel, verslaving, seksueel agressieve problematiek en agressieproblematiek. Daarbij zijn er vaak ernstige functioneringsproblemen op diverse levensgebieden, waardoor een groot deel van de forensische cliënten zijn baan, huisvesting en sociaal steunsysteem is kwijt geraakt. Wat de doelgroep van een ForFACT-team onderscheid van de doelgroep van een ForACT-team is de afwezigheid van de langdurige, zeer intensieve zorgbehoefte. De combinatie van problemen werken op complexe wijze op elkaar in bij het ontstaan van het delict of delict risico (NIFP, 2008). Vaak is bij de cliënten een strafrechtelijke titel of civielrechtelijke maatregel opgelegd vanwege het plegen van één of meerdere (ernstige) delicten, of er is sprake van een aantoonbaar verhoogd risico op delict gedrag als forensische behandeling uitblijft. Dat kan ook het geval zijn als er sprake is van ernstig maatschappelijk ontwrichtend gedrag. De motivatie voor behandeling is veelal ambivalent of zorgmijdend. Een combinatie van sociale uitsluiting, uitstoting uit reguliere hulpverlening, complexe problematiek, een beperkt of juist crimineel netwerk leidt er vaak toe dat de cliënt terugvalt op criminele overlevingsstrategieën. Bovendien beschikt hij vaak over beperkte, eenzijdige coping strategieën of functioneert volgens rigide denkschema's. De problematiek vraagt daarom om een stevige steun in de rug bij het terugkeren in de maatschappij.

Verantwoording werkwijze ForFACT

In tegenstelling tot de andere FACT- en ACT-modellen is er aan de ForFACT-werkwijze een meer voorschrijvend zorgprogramma verbonden op expliciet verzoek van het werkveld en de netwerkpartners. Van teams wordt een integratie met het FACT-model, herstelondersteunende en eventuele andere in de context passende interventies gevraagd. In de beschrijving van de uiteindelijke ForFACT-schaal wordt gerefereerd aan de overkoepelende principes, waardoor het beargumenteerd hanteren van andere behandel- en/of zorgmodellen mogelijk blijft.

Een ForFACT-team richt zich op risicomanagement met als doel het verminderen van de kans op grensoverschrijdend, risicovol gedrag en recidive en richt zich op het vergroten van het welzijn van de cliënt. Een soms complexe en conflicterende opgave voor het ForFACT-team.

Risicomanagement houdt in dat behandeldoelen voortkomen uit risicotaxaties en delict analyses. Hierbij worden samen met de cliënt en zo mogelijk met naastbetrokken de risico's en beschermende factoren in kaart gebracht, evenals het gedragspatroon dat tot het delict gedrag heeft geleid. Risicotaxaties worden gedaan door teamleden en door cliënten. In consensus worden op basis hiervan behandeldoelen bepaald. De behandeldoelen richten zich op het verminderen of vermijden van delict risico's, het versterken van protectieve factoren en het versterken van de responsiviteit.

Het 'Basis Zorgprogramma; Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische cliënten' van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (www.efp.nl) ligt mede ten grondslag aan forensische behandeling in ForFACT-teams. Forensisch FACT richt zich op het voorkomen van de kans op recidive en risicovol gedrag. Daarnaast richt de behandeling zich op ondersteuning van de cliënt bij het eigen leer-, groei-, en herstelproces. Hierin onderscheidt forensisch FACT zich van regulier (F)ACT: Waar reguliere (F)ACT-teams gericht zijn op het verbeteren van het welzijn van de patiënt (Van Vugt et al, 2011), komt voor forensische FACT-teams het voorkomen van recidive (en het daarmee bevorderen van de veiligheid in de samenleving) als primair doel erbij. Forensische behandeling door Forensisch FACT-teams gaat uit van de 'What Works' principes. Deze principes bieden algemene richtlijnen voor diagnose, risicomanagement, behandeling en resocialisatie. Hierbij weegt de verantwoordelijke professional telkens wel af wat deze principes precies inhouden voor een individuele cliënt met zijn individuele persoonlijkheid. De eerste drie What Works principes staan ook bekend als het Risk-Need-Responsivity model (RNR-model) (Andrews, Bonta & Hoge, 1990; Andrews & Bonta, 1994; Ward, Melser & Yates, 2007; Yates & Ward, 2008; Andrews & Bonta, 2010). Het RNR-model omvat de volgende drie principes:

- Het risicoprincipe: de behandeling van mensen met een hoog risico is intensiever en meer gestructureerd dan die van mensen met een laag risico, waarbij het ook om de veiligheid gaat.
- Het behoefteprincipe: de behandeling richt zich op factoren die de kans op recidive vergroten (de criminogenic needs).
- Het responsiviteitsprincipe: de behandeling is afgestemd op de individuele eigenschappen van de cliënt.

Daarnaast gelden de volgende principes bij 'What Works':

- Het professionaliteitsprincipe: het professionele handelen voldoet aan de daarvoor gestelde wettelijke voorwaarden.
- Integriteitsprincipe: de behandeling wordt op de bedoelde wijze uitgevoerd.
- Equivalentieprincipe: de cliënt krijgt in de forensische zorg net als in de reguliere zorg goede psychiatrische en somatische zorg en behandeling.
- Het eigen-context principe: een interventie of behandeling vindt zoveel mogelijk in de eigen context van de persoon plaats.

Het RNR-model wordt hier nader toegelicht conform het Basis Zorgprogramma. Citaten zijn daaruit afkomstig.

a) Risico's

'Het risicoprincipe houdt in dat de intensiteit van de interventie wordt afgestemd op het recidiverisico van de cliënt: niet de stoornis, maar het risico staat centraal. Bij een gering risico zou dan een behandeling van geringe intensiteit en duur kunnen volstaan, terwijl cliënten met een hoog risico een intensievere en langdurigere aanpak nodig zouden hebben. Een verkeerde afstemming zou tot een verhoging van het recidiverisico leiden (Van den Hurk & Nelissen, 2004). Het is daarom van belang tot een goede schatting van het recidiverisico te komen, bij voorkeur via een gestructureerde risicotaxatie, die gebruikmaakt van een adequate procedure en gevalideerde en betrouwbare risicotaxatie-instrumenten. Zo mogelijk neemt de risicotaxatie ook het percentage terugval bij de groep plegers van hetzelfde type (de base rate) mee.' Risicotaxatie vindt periodiek plaats en richt zich op de inventarisatie van statische en dynamische risicofactoren met instrumenten die afgestemd zijn op het soort delict gedrag en de doelgroep specifieke aspecten. Daarnaast wordt gekeken naar de beschermende factoren die het recidive risico verlagen.

Statische risicofactoren zijn vastliggende, onveranderlijke factoren die in de regel niet door behandeling zijn te beïnvloeden (Andrews & Bonta, 1994). Daarbij kan gedacht worden aan: een langdurige geschiedenis van antisociaal gedrag en delicten, een familiegeschiedenis met criminaliteit, gebrekkig ouderlijk toezicht en het schenden van voorwaarden. Dynamische factoren zijn doorgaans wel te beïnvloeden door forensische

behandeling. Belangrijke dynamische risicofactoren die uit verschillende onderzoeken als significant naar voren komen, zijn: een antisociaal persoonlijkheidspatroon, een antisociaal cognitiepatroon, antisociale associaties/procrimineel netwerk, ontbreken van familie en/of relaties, ontbreken van opleiding en/of werk, ontbreken van vrijetijdsbesteding en misbruik van middelen. Tot slot kan er sprake zijn van acute dynamische risicofactoren die slechts gedurende korte perioden manifest zijn en snel kunnen veranderen, zoals: intoxicatie, toegang tot een mogelijk slachtoffer of acute boosheid. Deze factoren zijn weliswaar van invloed in aanloop naar een delict, maar hebben weinig voorspellende waarde op de langere termijn.

De stabiele dynamische risicofactoren geven richting aan de behandeling, omdat reductie hiervan samengaat met een afname van het recidiverisico. Daarnaast richt de behandeling zich op beschermende factoren die kunnen worden opgevat als kenmerken van de persoon of omgeving die het risico op delict recidive verlagen. Voorbeelden van beschermende factoren zijn: een hoog opleidings- en intelligentieniveau, voldoende ziektebesef en –inzicht, een adequaat vermogen tot aanpassing, voldoende lerend vermogen, therapie- en medicatietrouw, zich onthouden van middelengebruik, een steunend sociaal netwerk, een zinvolle dagbesteding, adequaat omgaan met financiën en een stabiele relatie.

b) Criminogene behoeften

‘Het behoefteprincipe heeft betrekking op de vraag wát er moet worden behandeld, de zogenaamde criminogene factoren. Volgens het behoefteprincipe heeft elk individu zijn eigen individuele combinatie van factoren die tot het plegen van delicten kan leiden. Deze factoren worden in kaart gebracht. Het gaat daarbij met name om de dynamische risicofactoren die met een behandeling beïnvloed kunnen worden (Van der Laan & Slotboom, 2002). Een belangrijk punt hier is dat ook niet alle dynamische risicofactoren volledig zijn te behandelen. Als het gaat om de behoeften richten risicotaxatie en diagnose zich vooral ook op wat er wel en niet mogelijk is met behandeling. Het betreft dan een bepaling van de bandbreedte van mogelijke resultaten en de daarvoor benodigde behandeling en zorg. Dit voorkomt onnodige behandelingen en maakt het mogelijk eerder geschikte vervolgstappen te zetten.’

c) Responsiviteit

‘Het responsiviteitsprincipe indiceert de vormgeving van de behandeling en begeleiding. Een interventie moet bijvoorbeeld zijn afgestemd op de intellectuele, cognitieve en sociale capaciteiten van de cliënt. Daarbij valt te denken aan aangepaste groepstherapie voor extreem angstige cliënten of aangepast materiaal voor cliënten met lees- en leerproblemen. Het gaat dus om factoren die de werkzaamheid van de interventie beïnvloeden, hetzij positief, hetzij negatief (Ogloff & Davis, 2004). Gezien de ernst van veel stoornissen en de veelvuldige comorbiditeit in de forensisch psychiatrische praktijk neemt ook dit principe daar een speciale plaats in. Er is onderscheid tussen interne en externe responsiviteit (Andrews, 2001). Interne responsiviteit heeft betrekking op eigenschappen van de cliënt. Behandelmotivatie is bijvoorbeeld een belangrijke interne factor (Drieschner, Lammers & Van der Staak, 2004). Externe responsiviteit betreft de kenmerken van de therapeut, de vorm van de behandeling, de beschikbaarheid van adequate interventies en de mogelijkheden die de verdere behandelomgeving biedt (bijvoorbeeld in termen van stabiliteit, kwaliteit van leven en autonomie). Externe responsiviteit is daarmee een sleutel tot succes (Bouman, 2009).’

De motivatie van de cliënt is een belangrijke factor voor succesvolle behandeling. In de forensisch psychiatrie is het Good Lives Model (GLM) ontwikkeld. Dit model wordt in de forensische psychiatrie voor alle doelgroepen toegepast om de responsiviteit te vergroten. Het GLM richt zich onder andere op het ‘werken aan een vertrouwensband tussen therapeut en cliënt, en cliënten motiveren actief mee te werken (Braet, 2008). De cliënt leert zich positief te richten op zijn primaire levensbehoeften en concretiseert hoe hij wil leven in de verschillende levensdomeinen (wonen, werken, relaties, vrijetijdsbesteding). Hiertoe neemt de behandelaar zijn huidige situatie, zijn doelen, obstakels (verleidingen) en de stappen naar die doelen met hem door. Good live is overigens een relatief begrip en houdt niet per se een leven in de maatschappij in. Een cliënt kan zelfs aangeven

in de kliniek een goed leven te hebben wanneer het daarvoor (aanzienlijk) slechter met hem ging. Het GLM richt zich zowel op het welzijn van de delinquent als op reductie en beheersing van het recidiverisico. Het GLM stelt daartoe de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal en behoort zo in twee opzichten tot de strength-based behandelmethoden (Whitehead et al., 2007).' (www.efp.nl)

Ontwikkeling ForFACT-schaal

In het Sociale Domein heeft de invoering van de WMO geleid tot de ontwikkeling van allerhande Sociale Wijkteams en andere gemeentelijke initiatieven ter bevordering van de burgerparticipatie en zelfmanagement. Zij dragen medeverantwoordelijkheid voor belangrijke hersteldomeinen als wonen, werken en sociale contacten. De uitvoering kent vele vormen, maar het betreft onbetwist een nieuwe speler in de wijk mét potentie. Namelijk met de potentie om een rol te spelen in het netwerk rondom cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen ten behoeve van het herstel van rollen op de verschillende domeinen en met de potentie om met steun van forensisch FACT-teams cliënten met een verhoogd risico op delict gedrag te helpen bij sociale inclusie waarbij veiligheid van de maatschappij een belangrijk aspect is.

De veranderingen, zowel in de forensische GGZ, reguliere GGZ als in het Sociale Domein, vragen een verbreding van de Forensische FACT-visie op totale integrale en geïntegreerde zorg door één team om daadwerkelijk het gestelde doel van vermindering op delict recidive en een veilige maatschappij als 1/3 meer herstel voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen te kunnen behalen (uit: Over de Brug, 2014). Het gehele zorgnetwerk spreekt nu dezelfde herstelgerichte taal en er is de mogelijkheid tot het adequaat op- en afschalen van zorg in het netwerk. Het forensische zorgnetwerk werkt vanuit het Risk-Needs-Responsiviteitsprincipe in combinatie met principes uit de herstelondersteunende zorg. Forensische FACT-teams kunnen zich nu werkelijk openstellen. Volledig outreachend de wijken in gaan om de cliënten met (risico op) ernstig delict gedrag en ernstige psychiatrische aandoeningen veilig te laten integreren, participeren en vooral te laten verbinden met het lokale "normale" netwerk van familie, naasten, vrijwilligers en/of professionals.

Deze versie van de ForFACT-Schaal, is ontwikkeld in opdracht van het CCAF door M. Bähler, P. Delespaul, H. Kroon, M. v. Vugt en K. Westen in samenwerking met het Platform For(F)ACT, het werkveld, financiers, cliëntenorganisaties en naastbetrokkenen.

Achtergrondinformatielijst

De informatie in de achtergrondinformatielijst is noodzakelijk voor Forensisch FACT-teams om een overzicht te verkrijgen van hun doelgroep (casemix) in relatie tot de context waarin de zorg geboden wordt en in relatie tot de resources waarmee de zorg geboden wordt. Het team heeft zicht op de doelgroep, zodat het team met de juiste interventies kan aansluiten bij de doelen van de individuele cliënten. De achtergrondinformatielijst wordt op deze wijze ook gebruikt door de auditoren van het CCAF ter voorbereiding op de audit. Vandaar dat deze informatie uiterlijk 3 weken voor de geplande audit in het bezit dient te zijn van het CCAF met behulp van het digitale formulier dat toegestuurd wordt als onderdeel van de audit.

Omschrijving	
1. Teamnaam	
2. Bestaansduur (in maanden)	
3. Aantal FTE	
4. Aantal medewerkers	
5. Aantal cliënten	
6. Cliënt/hulpverlener ratio	
7. Werkgebied (postcodes/plaatsnaam)	
8. Andere soortgelijke aanbieders in werkgebied.	
9. Aantal inwoners	
10. Er zijn minimaal vier verschillende disciplines (zoals in A) aanwezig in het kernteam.	
11. Aantal cliënten op de wachtlijst	
12. Doorlooptijd wachtlijst in dagen	
13. Inclusiecriteria	
14. Exclusiecriteria	
15. Instroom afgelopen 6 maanden	
16. Uitstroom afgelopen 6 maanden inclusief bestemming. (specificeer bij overlijden in natuurlijk/niet natuurlijk/suïcide)	
17. Aantal cliënten opgenomen in de GGZ/PAAZ/verslavingszorg/forensische kliniek in afgelopen 6 maanden (vrijwillig/onvrijwillig).	
18. % cliënten in detentie	
19. % cliënten met een BOPZ/WvGGZ maatregel	
20. % cliënten met psychotische stoornis	
21. % cliënten met psychiatrische én verslavingsdiagnose	
22. % cliënten met een forensische titel	
23. % cliënten met persoonlijkheidsproblematiek	

24. % cliënten met zorgmijdend gedrag	
25. % cliënten met een LVB	
26. % -18 jaar	
27. % +65 jaar	
28. Welke sociale (multi)media, eHealth/mHealth en gezondheidstechnologische interventies worden ingezet?	
29. Aantal keer p.w. ACT-Bordoverleg	
30. Het team kan op flexibele wijze de zorg intensiveren indien noodzakelijk.	
31. % van de cliënten dat jaarlijks door 4 of meer disciplines van het kernteam wordt gezien.	
32. Het team heeft in zijn visie en werkwijze een duidelijke focus op het verminderen van delict recidiverisico en bevorderen van herstel.	
33. % van de f-t-f contacten extern	

	In kernteam (direct aanstuurbaar)	In netwerk (structurele samenwerking)	Niet aanwezig/niet beschikbaar	Opmerkingen
34. Het team biedt forensische interventies (benoem welke).				
35. Het team biedt psychiatrische interventies (benoem welke).				
36. Het team biedt psychologische interventies (benoem welke), waaronder traumabehandeling.				
37. Het team biedt ervarings- en familie-ervaringsdeskundigheid.				
38. Het team biedt systeemtherapie.				
39. Het team kan beschikken over orthopedagogische of kinder- en jeugdpsychologische/psychiatrische kennis en/of interventies.				
40. Het team kan beschikken over toeleiding naar werk en scholing.				
41. Het team kan beschikken over kennis en interventies m.b.t. verslaving.				
42. Het team kan beschikken over kennis en interventies m.b.t. somatiek.				
43. Het team beschikt over justitiële kennis en ondersteuning.				
44. Het team kan beschikken over LVB-kennis en geschikte interventies.				
45. Het team kan beschikken over begeleiding op het gebied van wonen en zelfzorg.				
46. Het team biedt bemoeizorginterventies				
47. Het team biedt.....				

Professionalisering

Het is voor een Forensisch FACT-team van belang dat de teamsamenstelling en de deskundigheidsbevordering van het team en het individu passend is bij de doelgroep en de gevraagde behandeling. Een gedetailleerd overzicht kan met behulp van onderstaande tabel worden gegeven. Deze informatie dient ook 3 weken voorafgaand aan een audit door het CCAF in het bezit te zijn van het CCAF met behulp van het digitale formulier dat u toegezonden wordt na aanmelding.

Vul in de tabel het netto aantal FTE (inclusief opleidingstijd) dat het kernteamlid daadwerkelijk aan het team besteedt.

Enkele aandachtspunten bij het invullen:
- Stagiaires hoeft u alleen te vermelden als zij minstens 1 jaar bij het team stagelopen
- Vrijwilligers hoeft u alleen te vermelden als er een vrijwilligerscontract is.
- Als een teamlid langer dan 3 maanden ziek is, graag aangeven.
- Als een teamleider leiding geeft aan meerdere teams, geeft u het aantal uur aan dat deze teamleider aan dit team besteedt.
- Vul de eventuele personeelsvacatures in het afgelopen jaar in FTE in onder de kop "Naam teamlid".

Item	Teamlid 1	Teamlid 2	Teamlid 3	Teamlid 4	Teamlid 5	Enz.
Naam teamlid						
Opleiding(en)						
Functie(s) in %						
Aantal FTE in dienst van het team						
Aantal jaren in dienst van het team (Geef aan: <1 jr, 1-3 jr, >3 jr)						
Caseload						
Nog in opleiding? Zo ja, voor hoeveel uren per week?						
Gevolgde scholing in het afgelopen jaar						
Aanwezig bij dagelijkse bord bespreking						
Ook werkzaam bij:						

Deel A: De Structuuritems

In Deel A van de FACT-Schaal begint het daadwerkelijk scoren van bepaalde items die concreet te meten zijn. Tijdens de audit zullen de items uit Deel A én B getoetst worden.

- Het scoren van deskundigheden: Een teamlid kan meerdere deskundigheden bezitten, echter maakt dit het risico op versnippering van deskundigheden groot en daardoor het team erg kwetsbaar. Er is voor gekozen om een teamlid maximaal 1 deskundigheid te kunnen laten scoren naast item 1 t/m 7.
- De formule voor item 1: Aantal FTE van het kernteam/Aantal cliënten
- De formule voor item 2: Aantal medewerkers met ≥ 0.78 FTE/Aantal medewerkers X 100
- De formule voor items 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 en 11: FTE van het kernteam x 200/aantal cliënten in het team.
- Het scoren van item 14 en 16: maak hiervoor gebruik van een dossieronderzoek.

1. Kleine caseload	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
De cliënt/hulpverlener verhouding van het kernteam is 15:1.	>30 cliënten	30-26	25-20	19-16	maximaal 15 cliënten
2. Teamverband	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Minimaal 50% van de kernteamleden heeft een aanstelling van 0.78 FTE bij het team.	0-19%	20-29%	30-39%	40-49%	Minimaal 50%
3. Psychiater	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten is minstens één FTE psychiater aangesteld in het kernteam.	<0,1 FTE	0,2-0,39	0,40-0,69	0,70-0,99	1 FTE
4. Psycholoog	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten zijn minstens 1,6 FTE psychologen aangesteld in het kernteam.	< 0,8 FTE	0,8-1,6	0,8-1,6 FTE inclusief GZP of KP	>1,6 FTE, inclusief 0,8 FTE GZP	>1,6 FTE, inclusief 0,8 FTE KP
5. Verpleegkundige	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten zijn er tenminste 4 FTE verpleegkundigen aangesteld waarvan 3 FTE op hbo-niveau en 1FTE verpleegkundig specialist ggz.	<3 FTE	<4 FTE met min. 1 FTE HBO	>4 FTE met min. 2 FTE HBO	>4 FTE met min. 2 FTE HBO + 1 FTE SPV	>4 FTE met min. 3 FTE HBO + 1 FTE VS ggz
6. Maatschappelijk / Juridisch deskundige	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten is er ten minste 1 FTE maatschappelijk en/of juridisch geschoolde deskundige.	<0,2 FTE	0,2-0,39	0,4-0,69	0,7-0,99	1 FTE
7. Arbeidsdeskundige	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten is er tenminste 2 FTE gespecialiseerd in het veld van arbeidsrehabilitatie aangesteld.	<0,5 FTE	0,5-0,99	1-1,49	1,5-2	>2 FTE
8. Deskundigheid op het gebied van ervaringsdeskundigheid	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten zijn er tenminste 2 (betaalde) FTE medewerkers met ervaringsdeskundigheid waarvan 0,6 met formele opleiding (mbo+). Deskundigheid als cliënt en als familielid is aanwezig. De cliënt ED, familie ED en professional met ED zijn aanwezig.	<0,6 FTE	0,6-0,8	>1 FTE	>1 FTE door 2 mede werkers, met min. 0,4 FTE formele opleiding (mbo+)	1 FTE met min. 0,6 FTE formele opleiding (mbo+). De cliënt ED of familie ED en

					professional met ED zijn aanwezig
9. Deskundigheid op het gebied van somatiek	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten is er tenminste 1 FTE met somatische deskundigheid aangesteld.	<0,1 FTE	0,2-0,39	0,40 - 0,69	0,70-0,99	1 FTE
10. Deskundigheid op het gebied van verslaving	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten zijn er tenminste 2 FTE met verslavingsdeskundigheid aangesteld.	<0,2 FTE	0,2-0,79	0,80 – 1,39	1,40-1,99	2 FTE
11. Deskundigheid op het gebied van LVB	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Per 200 cliënten zijn ten minste 0,8 FTE hulpverleners met kennis op gebied van LVB aangesteld.	<0,2 FTE	0,2-0,39	0,4-0,59	0,6-0,79	0,8 FTE
12. Zelfsturing en autonomie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
(1) Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd. (2) Vaste medewerkers bewaken actief de toepassing van het Forensisch FACT-model. (3) Vaste medewerkers zijn voorzitter van het Forensisch FACT-overleg. (4) Een vaste medewerker is voorzitter van de behandelplanbesprekingen.	Het team voldoet aan geen van de vier criteria.	Het team voldoet aan één criterium.	Het team voldoet aan twee criteria.	Het team voldoet aan drie criteria.	Het team voldoet aan vier criteria.
13. Flexibele Zorg	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
(1) Het team coördineert systematisch het op- en afschalen van zorg in de gehele keten. (2) Het team hanteert heldere criteria voor het intensiveren en afsluiten van zorg. (3) Het formele en informele netwerk wordt betrokken bij de uitvoering van flexibele zorg. (4) Het team is logistiek en organisatorisch zelfstandig in staat de zorg op te schalen tot dagelijks cliëntencontact.	Het team voldoet aan geen van de vier criteria.	Het team voldoet aan één criterium.	Het team voldoet aan twee criteria.	Het team voldoet aan drie criteria.	Het team voldoet aan vier criteria.
14. Teambenadering	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Alle cliënten in een FACT team zien minimaal 4 disciplines van het kernteam per jaar (incl. psychiater).	<50%	50-59%	60-73%	74-89%	>90%
15. Dagelijks FACT-Bordoverleg	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	3x per week		4x per week		5x per week
16. Outreach	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving, meer dan 70% van de contacten vindt buiten de instelling plaats.	<40% van de F-t-F contacten buiten het eigen kantoor	40-49%	50-59%	60-69%	>70%

Deel B: De Thema's

Deel B van de Forensische FACT-Schaal geeft een Forensisch FACT-team richting: aan welke thema's dient het team te werken en aan welke thema's dient het team extra aandacht te geven gezien de casemix, resources, context en teamsamenstelling? Het Deel B van de Forensisch FACT-Schaal wordt door het CCAF gescoord aan de hand van de verzamelde informatie tijdens de waarderende audit op een schaal van 1 tot en met 8.

1-2	3-4	5-6	7-8
Niet zichtbaar	In ontwikkeling	Deugdelijk uitgevoerd	Landelijke voorbeeldfunctie

Een goede voorbereiding van het Forensisch FACT-team en een levendig ***Teamdocument*** (waarin een missie, visie, alle achtergrondinformatie, de procedures en de kwaliteitscyclus betreffende de thema's in Deel B zijn opgenomen) zijn ondersteunend om de auditoren te laten zien waar uw Forensisch FACT-team voor staat en voor gaat.

Voor wie, met wie en wat?

"Het Forensisch FACT-team Zuid van onze organisatie heeft na de casemix-analyse helder gekregen dat er in de totale caseload 30 cliënten met de diagnose PTSS zitten die ernstige geweldsdelicten hebben gepleegd. Hierop is de actie ondernomen om vanuit het Forensisch FACT-team EMDR te gaan aanbieden door de psycholoog met de juiste opleiding in het kernteam. Ons Forensisch FACT-team Noord heeft minder cliënten met deze diagnose en geen geschikt personeelslid en zij maken nu gebruik van de psycholoog van Forensisch FACT Zuid. Uiteraard zijn de acties van de psycholoog opgenomen in het behandelplan van Forensisch FACT Noord en sluit zij regelmatig aan bij de behandelplanbesprekingen en Forensisch FACT-overleggen van Forensisch FACT Noord om de voortgang te bespreken."

"Onze jongeren op het Forensisch FACT-bord bieden wij intensieve forensische zorg in samenspraak en samen met de ouders, de jeugdbescherming, de betrokken schoolmaatschappelijk werker en de betrokken hulpverleners vanuit het Jongeren Interventie Team. De betrokken hulpverleners van deze organisaties staan vermeld op het Forensisch FACT-bord en zijn op de hoogte van de gezamenlijk gestelde doelen. Belangrijk is dat we hierdoor de jongeren dagelijks door verschillende disciplines kunnen zien en er intensief overleg is waarbij de betrokken hulpverleners aanschuiven bij het bordoverleg. Op deze manier zijn wij als relatief klein team in staat om de significante dynamische risicofactoren 'gebrek aan opleiding' en 'pro crimineel netwerk' te behandelen, de forensische behandeling te leveren en onveilige situaties of detentie te voorkomen."

"Dankzij de maandelijkse consultatie, waarbij de verslavingsarts van onze collega-instelling bij het overleg aansluit, ben ik in staat om onze cliënten anti-craving medicatie voor te schrijven. In samenspraak met onze maatschappelijk werker met verslavingsdeskundigheid zijn we in staat gebleken om de cliënten in ons team met een verslaving die gerelateerd is aan delict gedrag daadwerkelijk zowel medicamenteus te behandelen als met passende interventies vanuit de CRA-methodiek. Eén van onze cliënten is gedurende haar traject met onze ondersteuning een vooroverwegingsgroep gestart waar we erg trots op zijn."

"Ja, we hebben als team besloten om in wisselende samenstelling eens per twee weken aan te sluiten bij het veiligheidshuis-overleg, samen met de reclassering en medewerkers van het openbaar ministerie. Dat is belangrijk gebleken om tijdig hoog risico burgers te onderkennen en een gezamenlijk plan van aanpak te maken waarbij we onze expertise delen met andere organisaties. Daarbij is het belangrijk dat we kennis op doen over de werkwijze van andere organisaties, te netwerken dus….. en vooral om onze netwerkpartners te blijven informeren over onze mogelijkheden en inclusie- en exclusiecriteria. Bij moeilijke verwijzingen vinden we elkaar nu veel sneller en persoonlijker. We doen wat we zeggen en we zeggen wat we doen, zo zijn we betrouwbaar."

Thema 1: Flexibilisering

Een Forensisch FACT-team dient in staat te zijn de zorg *flexibel* op- en af te schalen binnen het FACT-team en dient te kunnen op- en afschalen in de gehele keten van toezichthouders, (forensische) HIC, opnameklinieken, politie en ketenpartners, vaak door samenwerking in het veiligheidshuis. Het Forensisch team dient de intensieve zorg zelf uit te voeren of in gezamenlijkheid met de betrokken netwerkpartners en/of het systeem van de cliënt, afhankelijk van de context, teamsamenstelling en casemix. Een benadering waarbij *meerdere teamleden* (vanuit verschillend perspectief) betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt is hierbij zowel behandelinhoudelijk als procesmatig voorwaardelijk. Belangrijk is dat er geregisseerd vanuit het kernteam indien wenselijk wordt op- en afgeschaald qua zorgintensiteit. Borging van niet ingeplande tijd en ruimte, om het ACT-gedeelte te kunnen uitvoeren, in de agenda's van de medewerkers is hierbij voorwaardelijk, evenals een regisserende en organiserende functie in het netwerk. Zichtbaar wordt flexibilisering tijdens het ochtendoverleg en in de beschreven procedures (in bijvoorbeeld het Teamdocument). Belangrijk uitgangspunt is dat hoe hoger het risico op delict recidive, hoe intensiever de zorg zal zijn. Dat impliceert niet per definitie een hoge(re)contactfrequentie, maar een hogere alertheid op risicofactoren, criminogene behoeften en een constante analyse voorafgaand aan behandelkeuzes is zeker passend.

Een ander onderdeel betreft de *fasering van zorg*: het nauwkeurig laten aansluiten van de interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt ten einde het terugbrengen van het risico op delict gedrag, een veilige sociale inclusie en het individuele herstelproces te ondersteunen. Op deze wijze wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd, de effectiviteit van de forensische behandeling versterkt en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd. Fasering van zorg kan ten uitvoer worden gebracht met behulp van enkele erkende wijzen van fasering, zoals de fasen van herstel, gedragsverandering of (verslavings)behandeling. De beargumenteerde en verantwoorde keuze is aan het team. Zichtbaar wordt de fasering in het behandelplan, in de procedures en uitvoering van de behandelplanbespreking en tijdens het dagelijkse Forensisch FACT-overleg.

Van medewerkers in het team wordt verwacht dat zij op de hoogte zijn van de Forensisch FACT-werkwijze en fasering van zorg en deze kennis adequaat inzetten tijdens overlegvormen. Het kunnen beschrijven van deze zorg in interviews vormt een onderdeel tijdens een audit-dag.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

1) Flexibele zorg is zichtbaar tijdens het Forensisch FACT-overleg.
2) Fasering van zorg is zichtbaar in het behandelplan en op het Forensisch FACT bord en daar wordt uitvoering aan gegeven.
3) Er is sprake van een *teambenadering*, waarbij de deskundigheid van meerdere teamleden actief wordt ingezet.
4) De intensiteit van zorg is passend bij de hoogte van het risico, de criminogene behoeften, de responsiviteit en de beschermende factoren en de fase van het herstelproces waarin de cliënt zich bevindt; de zorg wordt zo wenselijk/nodig op- en afgeschaald.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items zichtbaar te zijn tijdens het dagelijkse Forensisch FACT-overleg, in behandelplannen, tijdens de interviews en het cliënten/naastenpanel.

Thema 2: Persoonlijk Domein

Een Forensisch FACT-team heeft het verminderen van risico op delictgedrag, een veilige sociale inclusie en het ondersteunen van het herstelproces als missie. Het team geeft hier vorm aan door zich behalve op de criminogene behoeften en de beschermende factoren zich ook te richten op zowel het persoonlijke, als het maatschappelijke, als het symptomatische domein. Deze onderdelen zullen apart besproken en beoordeeld worden.

Het Forensisch FACT-team heeft aandacht voor het *persoonlijke domein* van de cliënt wanneer het team de eigenheid en identiteit van de cliënt herkent en erkent en men er als team gezamenlijk naar handelt; de responsiviteit in de behandeling. Daartoe sluit het ForFACT-team o.a. zoveel mogelijk aan bij de motivatie, doelen en wensen van de cliënt, mede om deze te binden aan de behandeling. Iedere ForFACT-cliënt heeft, net als ieder andere cliënt, recht heeft op goede psychiatrische behandeling en herstelondersteunende zorg (HOZ). De dubbele stigmatisering die forensisch cliënten ten deel valt bemoeilijkt het herstelproces van deze cliënten in hoge mate. Herstel vindt plaats binnen een veilige context. Veilig voor cliënten, medewerkers en maatschappij. Het ForFACT-model biedt voldoende aanknopingspunten om herstelgericht werken vorm te geven. HOZ speelt met name in op de responsiviteit van de forensische behandeling. Daarnaast helpt HOZ bij deelname aan de maatschappij (sociale inclusie) en het hervinden van waardevolle rollen. De forensische behandeling is persoonsgericht en heeft oog voor sterke eigenschappen en wensen van de cliënt naast de risico's op delict recidive en de criminogene behoeften. De afweging van risico's is daarbij altijd aanwezig. De cliënt heeft een zo groot mogelijk aandeel bij het bepalen en behalen van zijn of haar doelen. Het Forensisch FACT-team is ondersteunend hierin en wordt gekenmerkt het nemen van zoveel mogelijk gezamenlijke beslissingen. Het team biedt daarnaast hoop om herstel mogelijk te maken.

Er is ruimte voor de individuele ontwikkeling van de cliënt en de eigen krachten van de cliënt, evenals dat er ruimte is voor het worstelen met de eigen (culturele, seksuele, spirituele) identiteit en emoties als rouw en verdriet. Er is aandacht voor het tegengaan van zelfstigmatisering en het team heeft zelf ook aandacht voor de eigen mate van stigmatisering van hun cliënten. Hier komt uit voort dat het team in goed overleg verantwoorde risico's (vanuit hulpverlenersperspectief) durft te nemen en onverantwoorde risico's met de betrokkenen bespreekt als ethisch dilemma om tot een gezamenlijk gedeeld besluit te komen.

Een hoopvolle, presente houding van het team mag als basis gezien worden. Elkaar hierbij ondersteunen, elkaar erop aanspreken en een aansprekende hoopvolle taal tijdens overlegvormen maakt dit zichtbaar en gezamenlijk gedragen. Vanzelfsprekend komt deze hoopvolle taal en benaderingswijze terug in de geschreven teksten van het team.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

1) Het team herkent en erkent de eigenheid van de cliënt.
2) Het team gaat uit van de eigen kracht van de cliënt.
3) Het worstelen met de culturele, seksuele en spirituele identiteit en emoties als rouw en verdriet worden door het team gezien en daar wordt in gezamenlijkheid naar gehandeld.
4) Er is aandacht voor het tegengaan van stigmatisering door het team en zelfstigmatisering van de cliënt.
5) Het team durft gewogen risico's te nemen.
6) Het team kent een hoopvolle houding en gebruikt hoopvolle taal gericht op een open en positief toekomstbeeld.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items zichtbaar te zijn in het Teamdocument, tijdens de observatie van het dagelijkse Forensisch FACT-Bordoverleg en de interviews, alsmede tijdens het cliënten- en naastenpanel op de auditdag.

Thema 3: Crisis en Veiligheid

Het team heeft oog voor de veiligheid van de cliënt, zijn omgeving en de medewerkers van het team. Het streeft naar een minimale noodzaak tot crisisinterveniëring en minimale veiligheidsrisico's. Om dit te bereiken heeft het team beleid geïmplementeerd dat bestaat uit forensische en psychiatrische risicotaxatie en het aanbieden van evidence-based interventies op het gebied van forensische behandeling, crisispreventie en vroegsignalering. Het team voert een crisisbeleid uit dat preventief, assertief en proactief is. Een structurele relatie met regionale voorzieningen voor veiligheid (in en om het huis) is te verwachten. Uiteraard dient het aanbod passend te zijn bij de casemix en de maatschappelijke context. Het ForFACT-team richt zich qua veiligheid enerzijds op de maatschappelijke veiligheid gerelateerd aan delictgedrag en anderzijds op de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving gerelateerd aan een psychiatrische crisis. Uiteraard staan in beide situaties de veiligheid van medewerkers voorop. Dit komt o.a. tot uiting in de basisattitude en in de bewuste inzet van cliëntencontact door meerdere personen.

Het Forensisch FACT-team ondersteunt de cliënt bij het verminderen van delict recidive risico's en een veilig herstelproces en zet zich in om delicten, maatschappelijke teloorgang, terugval en crisis te voorkomen. Inzet van preventieve assertieve (bemoeizorg)interventies, acute zorgintensivering en samenwerking met relevante partners zijn hierbij van belang. In het eigen werkgebied is het team in staat om aan gerichte casefinding te doen wanneer cliënten uit beeld zijn geraakt én tevens is het team in staat aan ongerichte casefinding te voldoen om goede zorg voor mensen met een verhoogd risico op delict gedrag beschikbaar te maken in het eigen werkgebied.

Een rol als poortwachter bij (forensische) klinische opname en ontslag is gewenst. Het ForFACT-team monitort continu de veiligheid van zowel de cliënt, het ForFACT-team als de omgeving en is verantwoordelijk om indien noodzakelijk te interveniëren. Het team beschikt over een beschreven veiligheidsbeleid en past dit toe. Cliënten kunnen gebruik maken van forensische interventies en beschikken over een individueel afgestemd crisis(preventie)beleid.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

3.1 Assertieve Proactieve Crisisinterventies

- Het team is in staat om de signalen van een (dreigende) crisis te herkennen.
- Het team is in staat om de zorg te intensiveren en de benodigde (o.a. beschermende M&M/BOPZ) maatregelen te nemen om de veiligheid te herstellen.
- Het team is integraal en 24/7 verantwoordelijk voor het op- en afschalen van zorg in het netwerk, ook wanneer forensische klinieken, opnameafdelingen, crisisdienst, huisarts en sociale wijkteams betrokken zijn bij de cliënt.
- Het individuele crisisbeleid wordt triadisch en systematisch opgesteld en geëvalueerd met cliënt en zijn netwerk.
- Het team kent verschillende strategieën om mensen met zorgmijdend gedrag te benaderen en te binden.
- Het team kent verschillende strategieën om mensen met agressief/acting-out gedrag te benaderen.

3.2 Veiligheid en Risico's

- Bindende, proactieve, outreachende, assertieve hulpverlening is mogelijk om drop-out te voorkomen.
- Gebruik van risicotaxatie (-instrumenten) passend bij doelgroep. Ter preventie van delicten, maatschappelijke teloorgang, agressie en suïcide.

- Er is een aanbod van forensische interventies beschikbaar waar gebruik van wordt gemaakt en op effect wordt geëvalueerd. Trainingen op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Dit kan zowel groepsgewijs als individueel. Het team heeft daarnaast een aanbod voor delict specifieke problemen als huiselijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar actief door.
- Er is een consultatieaanbod aan reguliere zorg beschikbaar vanuit de forensische expertise.
- Er is een beschreven veiligheidsbeleid met aandacht voor de thema's: (1) huisbezoek (2) nazorg na een incident (3) aangifte doen (4) omgaan met agressie en (5) omgaan met aangifte en constateren strafbare feiten.
- Er is sprake van een beleid waarbij de cliënt actief en warm wordt overgedragen naar passende zorg als de delict recidive risico’s laag en onder controle zijn.

Om een optimale score te behalen dienen de items alle cliënten te bereiken en passend te zijn bij de individuele cliënt. Dit is terug te zien in het Teamdocument, tijdens het dagelijkse FACT-overleg, in behandelplannen, in de intake- en assessmentprocedure en de interviews.

Thema 4: Maatschappelijk Domein

Een ForFACT-team biedt ondersteuning in het *maatschappelijk domein* van de cliënt door oog te hebben voor de verschillende maatschappelijke rollen van de cliënt in het leven en daar passende ondersteuning voor te bieden. Dit is praktisch mogelijk middels het gebruik van participatie- en/of herstelondersteunende assessmenttools. Ondersteuning gebeurt op basis van de door de cliënt geuite wensen en doelen op de verschillende domeinen 'zelfzorg en wonen', 'sociaal netwerk' en 'werk en vrije tijd'. Daarbij wordt geanalyseerd of deze risico verhogend voor het delict gedrag zijn. Interventies worden in gezamenlijkheid met de cliënt, zijn naasten en professionele netwerkpartners opgesteld. Vaak zullen proactieve assertieve interventies (denk aan bemoeizorginterventies) opgenomen zijn in het behandelplan, zowel gericht op de individuele cliënt als zijn context.

De maatschappelijke context, de beschikbare resources van zowel de cliënt als het team en de casemix zullen de mogelijke interventies bepalen, alsmede de focus. In ForFACT-teams zal de focus deels liggen op het verkrijgen van onderdak, het voorkomen van dak- en thuisloosheid en het op orde krijgen van de financiën en deels op bijvoorbeeld eenzaamheid, toeleiding naar werk of studie, de zelfzorg of het veilig wonen.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

4.1 De rollen van de cliënt binnen het domein 'zelfzorg en wonen' zijn zichtbaar

- Het team inventariseert de doelen van de cliënt en stelt de doelen van de cliënt op binnen het domein 'zelfzorg en wonen'.
- Het team werkt aan realisatie van de doelen binnen het domein 'zelfzorg en wonen' met zichtbare interventies.
- Begeleiding binnen dit domein is beschikbaar in het kernteam of in het direct aanstuurbare netwerk.

4.2 De rollen van de cliënt binnen het domein 'sociaal netwerk' zijn zichtbaar

- Het team inventariseert de doelen van de cliënt en stelt de doelen van de cliënt op binnen het domein 'sociaal netwerk'.
- Het team werkt aan realisatie van de doelen binnen het domein 'sociaal netwerk' met zichtbare interventies.

4.3 De rollen van de cliënt binnen het domein 'financiën, opleiding, werk en vrije tijd' zijn zichtbaar

- Het team inventariseert de doelen van de cliënt en stelt de doelen van de cliënt op binnen het domein 'financiën, opleiding, werk en vrije tijd'.
- Het team werkt aan realisatie van de doelen binnen het domein 'financiën, opleiding, werk en vrije tijd' met zichtbare interventies, waarbij de arbeidsdeskundige een initiërende rol speelt.

Om een optimale score te behalen dienen de items alle cliënten te kunnen bereiken en passend te zijn bij de individuele cliënt. Dit is terug te zien tijdens het dagelijkse ForFACT-overleg, in behandelplannen, in de intake- en assessmentprocedure en de interviews.

Thema 5: Symptomatisch Domein

Het team streeft naar een zo optimaal mogelijk psychiatrisch en somatisch welzijn van de cliënt. Om dit te bereiken heeft het team een systematiek geïmplementeerd waarin screening, diagnostiek, behandeling en interventies volgens de laatste wetenschappelijke inzichten plaatsvinden. De aanwezige deskundigen in het team zijn initiërend en actief betrokken bij de screening, diagnostiek, uitvoering en evaluatie van de behandelingen op het gebied van hun specifieke deskundigheid.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

5.1 Psychiatrische Interventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Medicatiemanagement

5.2 Somatische Interventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Somatiek wordt in volledige breedte behandeld, indien nodig met actieve verwijzing en opvolging

5.3 Psychologische en Pedagogische Interventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Het aanbod van interventies is passend bij de casemix.
- De deskundige op het gebied van LVB speelt zichtbaar een initiërende rol.

5.4 Forensische interventies

- State-of-the-art en geïntegreerde risicotaxatie, delict analyse, risicomanagement (gericht op dynamische en acute factoren) en op effect evalueren.
- Het aanbod van interventies is passend bij de casemix.

5.5 Verslavingsinterventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Verslavingsinterventies worden expliciet benoemd, beschreven en intensief gefaseerd ingezet.
- De deskundige op het gebied van verslaving speelt zichtbaar een initiërende rol.

Om een optimale score te behalen dienen al deze interventies beschikbaar te zijn voor de totale caseload en dienen deze interventies passend te zijn bij de casemix. Een grondige analyse van de achtergrondinformatielijst in relatie tot het aanbod is hier helpend.

Thema 6: Planning en Controle op Individueel Cliëntniveau

Het team heeft een heldere behandelplancyclus beschreven en houdt zich aan het logistieke proces dat een goede procedure met zich mee brengt. Het inbedden van de Risicotaxatie en ROM-gegevens is hier een onderdeel van, waarbij het team duidelijk een beargumenteerde keuze heeft gemaakt uit de beschikbare gestandaardiseerde meetinstrumenten.

In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht. De rol van naasten wordt concreet beschreven in de behandelplannen.

In gezamenlijkheid met de cliënt en het professionele netwerk worden doelen gesteld en het professionele netwerk kan doelen inbrengen. De rol van de netwerkpartners wordt concreet beschreven in de behandelplannen en er worden afspraken gemaakt over het delen van cliëntgegevens. Op deze wijze neemt het ForFACT-team een regisserende coördinatiefunctie op zich en overziet de totale zorg om herstel te kunnen bevorderen, opnames te voorkomen en de opnameduur te kunnen verkorten.

Het ForFACT-team is integraal verantwoordelijk voor cliënten met een verhoogd risico op ernstig delict gedrag in combinatie met complexe psychiatrische aandoeningen in hun regio. De aangeboden en beschreven interventies van het team dienen beschikbaar te zijn voor de gehele caseload.

Uiteraard vindt de evaluatie en systematische opvolging van de behandeling in samenspraak met de cliënt, naasten en het professionele netwerk plaats.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

6.1 Planning en Controle cyclus

- De behandelplancyclus is beschreven.
- Uitvoering en evaluatie van de (voortgang van de) behandeling gebeurt in gezamenlijkheid; er is een samenwerkingsrelatie met de cliënt, naasten, reclassering/toezichthouder, huisarts en relevante ketenpartners. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen.
- Op cliëntniveau worden afspraken gemaakt over het uitwisselen van de gegevens.
- Er wordt minstens twee keer per jaar, voorafgaand aan een behandelplanbespreking, een risicotaxatie en een klinische ROM uitgevoerd ten behoeve van het individuele beleid en het behandelplan, bestaande uit gestandaardiseerde instrumenten die (1) risicofactoren, criminogene behoeften en beschermende factoren, (2) psychisch en sociaal functioneren, (3) zorgbehoeften en (4) kwaliteit van leven en herstel meten.

6.2 Integrale Verantwoordelijkheid

- De doelgroep van het team betreft die cliënten waarbij het (recente) verleden heeft bewezen dat zij behoren tot de doelgroep.
- Het team is integraal verantwoordelijk voor het verloop van de forensische behandeling en neemt een regisserende coördinatiefunctie op zich.
- Er wordt een actief beleid gevoerd om cliënten (zo nodig) te motiveren en toe te leiden naar geschikte interventies.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items zichtbaar te zijn in de beschreven werkwijze van het team, in behandelplannen en tijdens de interviews.

Thema 7: Samenwerking met het Netwerk

Een ForFACT-team werkt voor een bepaalde doelgroep in een bepaalde maatschappelijke context in een bepaalde regio. Het is van belang om een goede afstemming te bereiken tussen de gekozen doelgroep en de samenstelling van en intensiteit van de samenwerking met de netwerkpartners in de wijk of regio. Het ondersteunen van volledig herstel op alle gebieden vraagt een breed en actief netwerk van professionele interne en externe resources. De intensiteit van de samenwerkingsrelatie kan verschillen afhankelijk van de door de doelgroep gedeelde doelen en wensen. De ene partner schuift dagelijks aan bij het dagelijkse Forensisch FACT-bordoverleg en maakt onderdeel uit van het (kern)team, terwijl een andere relatie met gemak telefonisch of per email kan worden bereikt. Een positieve werkrelatie is zowel naar externe contacten, als naar interne contacten van belang. Het actief beheren van netwerkrelaties met behulp van voorlichtingsbijeenkomsten, aangeboden consultaties, attenties of bijwonen van zorgafstemmingsgesprekken met klinische opname afdelingen behoort hier zeker toe.

Een betrokken samenwerking met het netwerk van de cliënt is van groot belang om gericht te werken aan het verminderen van delict recidive risico's en de regie op het herstelproces zo snel als mogelijk te laten bij de cliënt en zijn zelf gekozen resources. De noodzaak tot het ontvangen van zorg van het ForFACT-team dient zo lang als nodig en zo kort als mogelijk te zijn en persoonlijke en professionele ondersteuning vanuit het netwerk van de cliënt is van evident belang tijdens en na de Forensisch FACT-behandeling. Het team betrekt het netwerk bij de teamevaluaties, ondersteunt het netwerk met de best passende behandelvormen voor de doelgroep en ondersteunt en faciliteert het oprichten van vormen van zelfhulp door het persoonlijke netwerk.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

7.1 Samenwerking met het Professionele Interne en Externe Netwerk

- Het maatschappelijk steunsysteem/de Sociale kaart is bij het team bekend op het niveau van het werkgebied.
- Interne en externe samenwerkingspartners en de vorm en intensiteit van samenwerking zijn passend bij de caseload, de maatschappelijke omgeving en de beschikbare resources.

7.2 Betrokkenheid en Samenwerking met het Sociale Netwerk van de Cliënt

- Het team inventariseert de mate waarin het netwerk van de cliënt pro-sociaal of pro-crimineel is en stemt daar de interventies op af, evenals een (individueel en/of groeps-) aanbod van het team aan naasten.
- De moederorganisatie organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten én netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.

7.3 Forensisch keten

- Er is sprake van een betrokken forensische keten waarbij er klinische ondersteuning direct beschikbaar is voor cliënten waarbij het risico op delict of op een psychiatrische crisis dusdanig toeneemt dat veiligheid in de ambulante setting niet meer kan worden gegarandeerd.
- Het team werkt zowel op casusniveau als op beleidsniveau constructief samen met de volgende ketenpartners: forensische kliniek, opname kliniek, reclassering/toezichthouder, veiligheidshuis(partners), politie, openbaar ministerie en de penitentiaire inrichting.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items beschikbaar te zijn voor de totale caseload, systematisch te worden uitgevoerd en geëvalueerd en dienen deze interventies passend te zijn bij de casemix.

Thema 8: Kwaliteit en Innovatie

Het ForFACT-team streeft optimale kwaliteit van zorg na en staat open voor nieuwe kennis, initiatieven en innovaties. Om dit te bereiken is er een afgestemd scholingsbeleid beschreven in het Teamdocument en blijven medewerkers zich inhoudelijk ontwikkelen. Het scholingsbeleid is afgestemd op de doelgroep, de werkwijze en de geboden behandeling. Het team staat open voor stagiaires en andersoortige samenwerkingsverbanden met opleidingsinstituten. Door het team worden regelmatig externe deskundigen uitgenodigd of om hulp gevraagd. Dit kan ondersteunend zijn bij een individuele casus, een ethisch dilemma of ter ondersteuning van teamprocessen. In formelere zin dient er de mogelijkheid te zijn en actief aangeboden te worden van een second-opinion.

Daarnaast is er een kwaliteitscyclus zichtbaar in het handelen van het ForFACT-team. Naarmate een team scherper heeft waar zijn kwaliteiten, krachten en uitdagingen liggen kunnen alle acties op het gebied van kwaliteit en innovatie daar op afgestemd worden. De kennis en kunde die daarmee opgedaan wordt kan binnen en buiten de organisatie gedeeld worden ter bevordering van de inhoudelijke ontwikkeling van het ForFACT-model. Het inzetten van innovatieve initiatieven kan op velerlei gebieden, met een groot of een klein bereik, een grote of een kleine impact en meer of minder disruptief. Belangrijk is dat er een platform geboden wordt waarin het mogelijk is te experimenteren met innovaties in de zorg van allerlei aard en dat het team deze ontwikkelingen in gezamenlijkheid draagt en ondersteunt.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

8.1 Scholing en Opleiding

- Ieder teamlid heeft in de afgelopen 2 jaar scholing ontvangen in voor het team relevante EBP's.
- Ieder teamlid heeft in de afgelopen 2 jaar scholing ontvangen in herstel en RNR thema's.
- Er is een beschreven scholings- en intervisiebeleid passend bij de casemix en deze wordt periodiek geëvalueerd en aangepast.

8.2 Expertkennis

- Er worden minimaal maandelijks experts uitgenodigd (consultatie).
- Het team heeft een zichtbare consultatie-functie.
- Er wordt gebruik gemaakt van een second opinion waar nodig.

8.3 Planning en Controle Cyclus op Teamniveau

- Het team heeft een beschreven verbeterplan opgenomen in het Teamdocument waarin doelen en acties zijn opgenomen.
- De ROM uitkomsten alsmede het cliënttevredenheidsonderzoek worden op teamniveau gebruikt om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.

8.4 Innovatie van Zorg

- Het team heeft alternatieve en/of innovatieve en/of gezondheidstechnologische interventies of acties waarmee het zich in positieve zin onderscheidt.
- Het team toont hoe het gebruik maakt van kennis, expertise en ontwikkelde kwaliteitsstandaarden door het EFP en het KFZ.

Om een optimale score te behalen dient het team al deze items zichtbaar te maken in de geschreven teamdocumenten en in het logistieke proces van de kwaliteitscyclus.

Eindscore

De eindscore wordt berekend door het gemiddelde van Deel A op te tellen bij het gemiddelde van Deel B. U kunt hiermee een maximum score van 13 behalen.

Gemiddelde score Deel A:	
Gemiddelde score Deel B:	
Totaal score A + B:	