CCAF

Scoreformulier Forensische FACTschaal

Het intellectueel eigendom van de FACTschaal en het Scoreformulier berust bij Stichting CCAF. Aan de ontwikkeling van de (originele) FACTschaal hebben bijgedragen: Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaike van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois, Niels Mulder. Aan de ontwikkeling van de Forensische FACTschaal hebben bijgedragen: Maaike van Vugt, Caroline Place, Laura Neijmeijer.

Voor meer informatie over de toepassing van de FOR FACTschaal kunt u een mail sturen naar: info@ccaf.nl.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Teamstructuur	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. KLEINE CASELOAD (FOR_A[1]) Cliënt/hulpverlener-verhouding van 13:1 (incl. psychiater, excl. secretariële ondersteuning, psychiater i.o. voor de helft).	≥ 39 cliënten/hulpverlener of meer.	32-38	24 - 31	14 - 23	Maximaal 13 cliënten/ hulpverlener.
2. PERSONEELSBEZETTING Het programma werkt met een volledige personeelsbezetting, dwz een minimum aan vacatures.	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het programma heeft het afgelopen jaar een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
3. TEAMVERBAND De teamleden hebben een enkel en substantieel dienstverband voor het team. (aantal fte / teamleden) (incl psychiater, excl secretarieel personeel).	Gemiddeld lager dan < 0.5	Gemiddeld tussen 0.5 en 0.59	Gemiddeld tussen 0.6 en 0.69	Gemiddeld tussen 0.7 en 0.79	Gemiddeld 0.8 of hoger.
4. PSYCHIATER (FOR_A) Per 200 cliënten is tenminste 0.8 FTE psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 200 cliënten minder dan 0,20 FTE psychiater.	0,20 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0.60-0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft voor 200 cliënten 0,8 FTE psychiater in dienst.
FOR_A 5. PSYCHOLOOG (FOR_A) Het team heeft tenminste een FTE psycholoog aangesteld per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 0,1 FTE psycholoog verbonden aan het team.	0,10-0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4-0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70-0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 1 FTE psycholoog of meer in dienst.
6. ERVARINGSWERKER Het team heeft tenminste 0.8 FTE ervaringswerker aangesteld per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 0,2 FTE ervaringswerker verbonden aan het team	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE ervaringswerker of meer in dienst

[1] FOR_A= aanpassing bestaand item aan forensische situatie

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. MAATSCHAPPELIJK WERKER en/of SPH, SOC. JUR DIENSTV. (FOR_A) Het team heeft tenminste een MW, SPH of SJD aangesteld (1 FTE op 200 cliënten) (of specifieke kennis over sociaal juridische aspecten bij een ander teamlid).	Het team heeft minder dan 0, 1 FTE MW, SPH of SJD verbonden aan het team	0,1 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70- 0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 1 FTE MW, SPH of SJD of meer in dienst.
8. VERPLEEGKUNDIGE Per 200 cliënten zijn er ten minste vier FTE verpleegkundigen aangesteld bij het team (1 jaar training/ervaring), waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.	Het team heeft minder dan 1 FTE verpleegkundige per 200 cliënten.	1 –1,99 FTE per 200 cliënten.	2 – 2,99 FTE per 200 cliënten.	3 FTE of meer per 200 cliënten.	Vier FTE verpleegkundigen of meer bij een team met 200 cliënten, waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.
9. PERSOONLIJK BEGELEIDER. Het team heeft minimaal 6 FTE aan 'persoonlijk begeleiders' voor 200 cliënten.[2]	Het team heeft minder dan 3 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 4 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 5 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 6 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft tenminste 6 FTE aan persoonlijk begeleiders voor 200 cliënten
10. VERSLAVINGS-DESKUNDIGHEID Per 200 cliënten zijn er tenminste twee FTE hulpverleners met verslavingsdeskundigheid (met tenminste 1 jaar specifieke training of ervaring in verslavingszorg en tenminste jaarlijkse bijscholing).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verslavingsdeskundig-heid per 200 cliënten.	0,20 – 0,79 FTE per 200 cliënten.	0,80 – 1,39 FTE per 200 cliënten.	1,40 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Twee FTE of meer met 1 jaar training of ervaring in de verslavingszorg en jaarlijkse bijscholing op dit gebied.
11. ARBEIDSDESKUNDIGE (FOR_T[3]) Per 200 cliënten is er tenminste een FTE	Het team heeft minder dan 0,10 FTE	0,10 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	Een FTE of meer gespecialiseerde

[2] Deze vraag betreft aantal medewerkers dat optreedt als persoonlijk begeleider voor >10 cliënten. Dit kunnen verschillende disciplines zijn.
[3] FOR_T= toelichting bij item voor forensische situatie, item is niet aangepast

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
hulpverlener gespecialiseerd in het veld van arbeidsrehabilitatie en ondersteuning (één jaar training of ervaring).	arbeidsdeskundige per 200 cliënten.				hulpverlener in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning met ten minste een jaar training of ervaring in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning.
12. SPECIALIST REHABILITATIE/HERSTEL In het team zijn tenminste twee FTE aan hulpverleners aanwezig die zijn opgeleid in een rehabilitatiemethodiek en/of herstelondersteunende zorg, dit toepassen op verschillende domeinen en een duidelijke adviserende en stimulerende rol hebben t.a.v. andere teamleden.	Het team heeft minder dan 0,50 FTE per 200 cliënten.	0,50 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	1,00 – 1,49 FTE per 200 cliënten.	1,50 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft tenminste twee FTE hulpverleners rehabilitatie/herstel.
13. RECLASSERING (FOR_N) Het FOR FACT team werkt goed samen met Reclassering. Dit komt als volgt tot uiting: 1. Reclassering en FOR ACT team maken aan het begin van traject afspraken over rolverdeling, samenwerking en privacy; 2. Deze werkwijze en afspraken staan op schrift. 3. Reclassering is aanwezig bij behandelplanbesprekingen; 4. Bij begin traject:gezamenlijk kennismakingsgesprek met cliënt, Reclassering en FOR ACT team; 5. Wederzijdse informatie-uitwisseling 6. Er wordt gebruik gemaakt van de juridische hefboom (*leverage*).	Er wordt aan geen/één van de zes criteria voldaan.	Er wordt aan twee criteria voldaan.	Er wordt aan drie of vier criteria voldaan.	Er wordt aan vijf criteria voldaan.	Er wordt aan alle criteria voldaan.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Teamproces					
14. TEAMBENADERING (FOR_T) Alle cliënten in een FOR FACT team zien meer dan 4 teamleden per jaar (incl psychiater).	Minder dan 10% cliënten heeft een-op-een contacten met meer dan 4 teamleden per jaar.	10% - 36% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	37% - 63% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	64% - 89% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	90% of meer van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.
15. SHARED CASELOAD TIJDENS ZORGINTENSIVERING Het team functioneert als een groep en niet als afzonderlijke professionals. Hulpverleners kennen en werken met alle cliënten op het bord.	Minder dan 10% cliënten die intensieve zorg krijgen heeft face to face contacten met minstens 3 teamleden per 2 weken.	10% - 36% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	37% - 63% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	64% - 89% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	90% of meer van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.
16. FOR FACTBORDOVERLEG Het team komt door de weeks dagelijks bij elkaar om de hulpverlening voor iedere cliënt die op het 'bord' staat te plannen en door te nemen.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 1 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 2 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 3 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 4 keer per week.	Het team komt 5 keer per week bij elkaar en bespreekt de cliënten die op het bord staan.
17. OPKOMST MULTIDISCIPLINAIR FOR FACTBORD OVERLEG Bij de bespreking van het FACT bord zijn in principe alle op die dag werkzame teamleden aanwezig. (Score- instructie: als opkomstpercentage wordt gehaald maar psychiater niet voldoende aanwezig, punt aftrek)	De opkomst van de teamleden is < 60% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 60% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 70% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 80% inclusief psychiater	De opkomst bij het FOR FACT -overleg is minimaal 90% inclusief psychiater.
18. BEHANDELPLANBIJEENKOMST - OPKOMST Het behandelplan wordt multidisciplinair (ten minste 4 verschillende disciplines) vastgesteld	< 50% van de behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld	50%-69%	70%-79%	80%- 89%	90% of meer behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld
19. BEHANDELPLANBIJEENKOMST - CLIENT De behandelplannen worden vastgesteld	< 50% van de behandelplannen wordt vastgesteld in	50-69%	70-79%	80-89%	90% of meer behandelplannen wordt vastgesteld in

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
in aanwezigheid van de cliënt, tenzij er sprake is van contra-indicatie.	aanwezigheid van de cliënt (tenzij sprake van contra-indicatie) .				aanwezigheid van de cliënt (tenzij sprake van contra-indicatie).
20.TEAMLEIDER - levert regelmatig (30%>) directe hulpverlening aan cliënten als teamlid - bewaakt actief de toepassing van het FACT-model - is altijd aanwezig bij het FACT-overleg - is aanwezig bij behandelplanbesprekingen	Teamleider voldoet aan geen van de 4 criteria	Teamleider voldoet aan 1 criterium.	Teamleider voldoet aan 2 criteria.	Teamleider voldoet aan 3 criteria.	Teamleider voldoet aan alle criteria.
21. CRITERIA VOOR PLAATSING OP FOR FACT-BORD (FOR_A) Het team hanteert helder omschreven criteria voor het plaatsen van cliënten op het FOR FACT-bord: (1)Toename van symptomen/crisis, (2) overlast, (3) verwaarlozing, (4) niet houden aan afspraken, (5) zorgmijdend gedrag, (6) cliënten die regelmatig worden opgenomen, (7) na opname, (8) intensivering van behandeling (bijv. instellen nieuwe medicatie) ,(9) life events ,(10) nieuwe cliënten, (11) dreiging delictgedrag.	Het team voldoet aan 1-3 criteria.	Het team voldoet aan 4–5 criteria.	Het team voldoet aan 6-7 criteria.	Het team voldoet aan 8-9 criteria.	Het team voldoet aan 10-11 criteria.
22. PROCEDURE PLAATSING FOR FACTBORD (FOR_A) Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het opnemen van cliënten **met acute extra zorgbehoefte**[4] **en/of extra beveiligingsbehoefte** op het FOR FACT-bord, waarin de volgende	Het team geen omschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en van de 5 onderdelen zijn er minimaal 2 in	Het team heeft geen procedure omschreven, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 3 van de 5 onderdelen zijn in de	Het team heeft geen procedure omschreven, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 4 van de 5 onderdelen zijn in de	Het team heeft geen omschreven procedure maar kan mondeling de werkwijze toelichten en in de praktijk zijn de 5 onderdelen zichtbaar.	Het team heeft een omschreven procedure met daarin alle 5 de onderdelen, welke ook in de praktijk gehanteerd wordt.

[4] geldt niet voor cliënten die om een andere reden zoals zorgmijdend zonder overlast of life event op het bord staan.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
onderdelen zijn opgenomen: (1) Ieder teamlid kan een cliënt op het FOR FACT-bord plaatsen , (2) inwerking treden van crisisplan, (3) cliënt en netwerk worden geïnformeerd, (4) psychiater beoordeelt medicatie en het team beoordeelt (delict)gevaar, binnen 2 dagen, (5) zo nodig melding naar 7 x 24 uurs dienst, kliniek, Reclassering en Veiligheidshuis.	de praktijk zichtbaar.	praktijk zichtbaar.	praktijk zichtbaar.		
23. PROCEDURE FOR FACTBORD AF (FOR_A) Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het van het FOR FACT bord afhalen van cliënten, waarin de volgende stappen of acties zijn opgenomen: (1) deze beslissing vindt plaats door het team tijdens het FOR FACT overleg, (2) de cliënt wordt geïnformeerd, (3) de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met team, (4) en met de cliënt en diens naasten,(5) zo nodig wordt het crisisplan en/of terugvalpreventieplan bijgesteld (6) en wordt het behandelplan aangepast.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 2 is in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 3 is in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 4 in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft een beschreven procedure welke ook in de praktijk gehanteerd wordt, met daarin minimaal 5 van de beschreven onderdelen.
24. CONTACTFREQUENTIE BORD Cliënten op het FOR FACT-bord worden frequent bezocht. (Bespreek 5 casussen van het bord.)	Gemiddeld 1 f-t-f contact/week per cliënt of minder.	1 – 2 / f-t-f p/week	2 – 3 / f-t-f p/week	3 -4 / f-t-f p/week	Gemiddeld 4 of meer f-t-f contacten/week per cliënt.
25. CONTACTFREQUENTIE NIET-BORD Cliënten die niet op het bord staan worden regelmatig door het team gezien.	Gemiddeld minder dan 1 f-t-f contact per vier weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per vier weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per drie weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per twee weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per week

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diagnostiek, behandeling en interventies					
26. MULTIDISCIPLINAIRE PRAKTISCHE ZORG (FOR_A) Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding: (1) op het gebied van ADL en HDL, (2) naar instanties, (3) naar familiecontacten, (4) buurt, etc, (5) bij financiën en administratie, (6) bij medicatiegebruik, (7) maatschappelijke/sociaal juridische dienstverlening.	Het team biedt geen outreachende praktische individuele begeleiding maar besteedt dit uit of biedt 1 onderdeel en besteedt de overige onderdelen uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 2-3 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 4 of 5 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 6 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt zelf outreachende praktische individuele begeleiding op alle 7 de onderdelen.
27. KENNISMAKING Nieuwe cliënten staan 3 weken op het bord zodat meerdere teamleden en verschillende disciplines hun beeld kunnen vormen en eventueel met de cliënt in gesprek kunnen gaan.	Nee	Soms	Gestructureerd, resulterend in indruk van >3 teamleden	Idem met >4 teamleden	Idem met > 4 disciplines
28. INDIVIDUEEL BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een cliëntendossier waarin een behandelplan van minder dan 1 jaar oud is opgenomen.	60% of minder van de cliënten heeft een actueel behandelplan minder dan een jaar oud.	70%	80%	90%	95% of meer van de behandelplannen van de cliënten zijn minder dan een jaar oud.
29. INDIVIDUEEL CRISISINTERVENTIEPLAN Elke cliënt heeft een crisisinterventieplan.	20% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan
30. TERUGVALPREVENTIEPLAN (FOR_N) Het terugvalpreventieplan: - is gebaseerd op een beschrijving (dit kan een delictanalyse/ delictscenario zijn) van de aanleidingen en omstandigheden die de cliënt	20% van de cliënten van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	21-40% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	41-60% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	61-80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	Meer dan 80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
mogelijk weer tot delictgedrag kunnen aanzetten; - beschrijft per stadium de (vroege) voortekenen van terugval en bijbehorende actie(s); - is met de cliënt opgesteld; - is niet ouder dan 1 jaar en na terugval bijgesteld. (Voor elke eis waaraan niet wordt voldaan: punt aftrek.)					
31. DOELEN PREVENTIE CRIMINEEL GEDRAG (FOR_N) In ieder behandelplan zijn individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag benoemd met aandacht voor individuele risicofactoren.	≤ 20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/ crimineel gedrag zijn bij meer dan 80% van de cliënten in het behandelplan terug te vinden.
32. INDIVIDUEEL REHABILITATIE-/ HERSTELPLAN In ieder behandelplan zijn individuele rehabilitatie- / herstel doelen benoemd op verschillende domeinen, in begrijpelijke taal en met aandacht voor individuele behoeften, eigen wensen en kwaliteiten van de cliënt.	20% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- en hersteldoelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- hersteldoelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.
33. KOPIE BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een kopie van het behandelplan (cliënten die aangeven daar geen prijs op te stellen niet meegerekend)	20% van de cliënten heeft een behandelplan	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan
34. MEDICATIEBELEID	Medicatie wordt aangepast op geleide van klachten en	Minimaal één maal per jaar vindt er met de cliënt een evaluatie	Door het jaar heen is er continu aandacht voor de werking en	Door het jaar heen is er continu aandacht voor de werking en	Er wordt geprotocolleerd gewerkt en er vindt

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	vragen.	plaats over de medicatie	bijwerking van medicatie.	bijwerking van medicatie en vindt zonodig uitleg plaats door de psychiater en persoonlijk begeleider.	structurele informatie plaats.
35. PSYCHO-EDUCATIE	Deze interventie vindt plaats op geleide van klachten en vragen.	Voor deze interventie worden cliënten van het team verwezen naar een ander organisatie onderdeel.	Deze interventie wordt individueel aangeboden door het eigen team, maar groepsgewijs wordt verwezen naar elders.	Deze interventie wordt zowel individueel als groepsgewijs door het eigen team.	Deze interventie wordt volgens de richtlijn aangeboden.
36. FORENSISCHE INTERVENTIES (FOR_N): het team biedt trainingen aan op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Dit kan zowel groepsgewijs als individueel. Het team heeft daarnaast een aanbod voor delictspecifieke problemen als huiselijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar *actief* door.	Het team biedt zelf geen forensische interventies aan. Het team verwijst cliënten ook niet door.	Het team biedt geen interventies zelf aan. Het team heeft wel zicht op de beschikbare interventies en verwijst cliënten door, maar biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team biedt forensische interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst door naar de overige interventies en biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team biedt forensische interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.	Het team biedt forensische interventies aan en bereikt daarmee meer dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.
37. PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES (FOR_N): het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies en traumabehandeling.	Het team heeft geen aanbod en verwijst ook niet door.	Het team heeft geen aanbod maar verwijst cliënten wel actief door.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies OF traumabehandeling.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling, maar bereikt daarmee in totaal niet meer dan 15% van de cliënten.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling en bereikt daarmee in totaal >15% van de cliënten.
38. FAMILIE INTERVENTIE[5]	Deze interventie is niet	Minder dan 10% van	Minder dan 20% van	20% of meer van de	Er wordt aantoonbaar

[5] Percentage over de afgelopen 2 jaar

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	beschikbaar voor familieleden van cliënten van het team.	de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	familieleden maakt gebruik van deze interventie.	gewerkt volgens de toolkit familie psycho educatie en meer dan 20% of meer van de familieleden maakt hiervan gebruik.
39. ARBEIDSREHABILITATIE	Er is geen aandacht voor arbeidsrehabilitatie voor cliënten van het team.	Cliënten die gebruik maken van arbeidsrehabilitatie worden verwezen naar een ander organisatie onderdeel.	Er wordt systematisch gekeken naar arbeidsrehabilitatie. Cliënten worden verwezen naar een ander onderdeel; 10% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	Cliënten maken gebruik van arbeidsrehabilitatie aangeboden door een specialist in het eigen team; 15% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	Deze interventie wordt aangeboden volgens de toolkit IPS; 15% van de caseload maakt hiervan gebruik..
40. DUBBELE DIAGNOSE-MODEL (IDDT) (FOR_T) Het team gebruikt een stapsgewijs behandelmodel. In verschillende fasen van de behandeling worden verschillende interventies aangeboden. Het model is niet-confronterend, volgt gedragsprincipes, neemt interacties in aanmerking tussen psychiatrische stoornissen en verslaving, waarbij geleidelijke onthouding wordt verwacht.	Programma is volledig gebaseerd op het traditionele model: confrontatie, verplichte onthouding, etc.	Programma gebruikt voornamelijk het traditionele model: verwijst naar afkickprogramma's; maakt gebruik van ontwenningskuren en rehabilitatieprogram-ma's, erkent behoefte aan overreden van cliënten in de ontkenningsfase die niet bij AA passen.	Programma gebruikt gemengd model: DD-principes in behandelplannen verwijst cliënten naar overredingsgroepen, gebruikt opnames voor rehabilitatie en verwijst naar afkickprogramma's.	Programma gebruikt voornamelijk DD-model: DD-principes in behandelplannen; overredings- en actieve behandelgroepen, geen opname voor rehabilitatie of voor afkicken tenzij medisch noodzakelijk.	Er is een transmuraal IDDT programma, waarin het FOR FACT team zelf belangrijke delen van de behandeling geïntegreerd uitvoert.
41. INDIVIDUELE SOMATISCHE ZORG Het team biedt screening voor somatische zorg en zorgt er voor dat de cliënten afspraken op dit terrein nakomt.	Het team biedt geen screening voor somatische zorg.	Het team reageert wisselend op somatische problematiek, maar biedt geen systematische screening en toeleiding	Het team heeft oog voor somatische problematiek maar biedt geen systematische screening. Cliënten worden verwezen naar	Het team heeft systematisch aandacht somatische problematiek, maar kent geen formele screening. Cliënten worden verwezen naar	Het team biedt structurele systematische screening voor somatische zorg en begeleid cliënten (indien noodzakelijk)

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
		naar somatische zorg.	de huisarts en indien nodig begeleid naar de zorg.	de huisarts en indien nodig begeleid naar de zorg.	naar behandeling.
Zorgorganisatie					
42. HANTERING TOELATINGSPROCEDURE FOR FACT TEAM (FOR_T) Cliënten worden volgens vaste procedure voor FOR FACT zorg geïndiceerd.	Er zijn geen vaste criteria voor toelating tot FOR FACT.	Er zijn wel criteria voor FOR FACT, maar er is geen procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie die leidt tot <5% verkeerde indicaties.
43. WACHTLIJST De wachtlijst voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen is in het afgelopen jaar minder dan 1 maand geweest.	De wachtlijst is langer dan 4 maanden	<4 maanden	<3 maanden	<2 maanden	< 1 maand
44. 24 UURS BEREIKBAARHEID EN CRISIS - Binnen kantooruren is indien noodzakelijk (crisis) het team binnen 2 uur beschikbaar; - In geval van crisis buiten kantoor uren zijn er goede (geprotocolleerde) afspraken met de acute/ crisisdienst; - Cliënten van het wijkteam kunnen 24 uur per dag met hun vragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener; - Het crisis- /signaleringsplan is beschikbaar bij de crisisdienst	Het team kan niet adequaat reageren op crisis binnen kantooruren en heeft geen bereikbaarheid buiten kantooruren. Het team heeft geen afspraken met de 7 x 24 uurs crisisdienst.	Het team scoort op één van de vier items.	Het team scoort op twee van de vier items.	Het team scoort op drie van de vier items.	Het team scoort op alle vier de items.
45. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME Het team heeft het initiatief bij klinische	Minder dan 5% van de opnames worden door het team geïnitieerd.	5 % - 34% van de opnames worden geïnitieerd door het	35 % - 64% van de opnames worden geïnitieerd door het	65 % - 94% van de opnames worden geïnitieerd door het	95 % of meer van de opnames worden geïnitieerd door het

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
opnames.		team.	team.	team.	team.
46. BED OP RECEPT Het team kan voor haar cliënten makkelijk gebruik maken van een BOR-regeling.	Het team heeft geen afspraken met de opnameafdeling over een BOR regeling.		Het team kan sporadisch gebruik maken van een BOR-regeling.		Het team kan te allen tijde gebruik maken van een BOR.
47. CONTINUE ZORG (FOR_A) Het team blijft betrokken bij de cliënt als deze is opgenomen in de (forensische) GGZ, verslavingszorg of in detentie. (Indien wekelijks contact bij kortdurend, maar geen betrokkenheid bij langdurend: punt aftrek)	Cliënten worden tijdens opname/detentie niet bezocht of gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname/detentie gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per 3 à 4 weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per twee weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie eenmaal per week bezocht door teamleden. Eventueel gaat het team met de cliënt af en toe naar huis. Bij langdurige opname in een justitiële setting waar geen zorg wordt verleend, behoudt het team enige betrokkenheid (vinger-aan-de-pols contact met cliënt, monitoring/contact onderhouden met personeel, adviserend naar personeel).
48. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR PLANNING VAN ONTSLAG (FOR_A) Het team is betrokken bij de planning van ontslag uit de kliniek (GGZ, verslavingszorg), justitiële of forensische zorginstellingen.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de ontslagen uit kliniek/justitiële/forensische instellingen.	5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	65% - 94% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	95% van het ontslag uit kliniek/justitiële/forensische instellingen van cliënten wordt gezamenlijk gepland met het team.
49. ZORG VOOR ONBEPERKTE TIJD					

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
EN OVERDRACHT (FOR_N): De cliënt wordt zo lang als nodig is in zorg gehouden bij het FOR ACT team. Als een cliënt niet langer ACT-zorg nodig heeft of als het delictrisico van een cliënt dermate verminderd is dat zorg vanuit een regulier (F)ACT-team volstaat, zorgt het FOR ACT team voor een geleidelijke overdracht. Het team houdt de eerste maanden na de overgang v-a-d-p en blijft langdurig beschikbaar voor consultatie.	Bij <50% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandeldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	Bij 50-65% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandeldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	Bij 66-79% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandeldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	Bij 80- 95% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandeldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.	Bij >95% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandeldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; -is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.
50. NO DROP-OUT (FOR_A) Het team behoudt het contact met de cliënten en schrijft geen cliënten uit zonder verwijzing. Onder drop-out vallen ook cliënten waarvan de strafrechtelijke zorg titel is vervallen en om die reden zijn uitgeschreven.	Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Soms werd het contact actief door het team beëindigd zonder adequate doorverwijzing.	Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Dit gebeurde alleen bij cliënten die zonder overleg uit de regio zijn vertrokken met onbekende bestemming.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar >8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar 3-8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, in het afgelopen jaar is niet meer dan 2% uit zorg verdwenen.
Maatschappelijke zorg					
51. OUTREACHEND Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving, meer dan 80% van de contacten buiten de instelling. (excl. psychiater / psycholoog)	Minder dan 20% een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	80% of meer van de totale een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.
52. OVERLEG EXTERNE PARTNERS Het team heeft overleg met: (1)	Het team heeft de laatste 6 maanden geen	Het team heeft de laatste 6 maanden	Het team heeft de laatste 6 maanden	Het team heeft de laatste 6 maanden	Het team heeft de laatste 6 maanden

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
thuiszorg, (2) woningcorporaties/wijkmeester, (3) wijkagent, (4) welzijnsinstellingen, (5) vrijwilligerswerk in de buurt .	overleg gehad met een van de organisaties.	overleg gehad met één van de organisaties.	overleg gehad met 2 organisaties.	overleg gehad met 3 organisaties.	overleg gehad met minimaal 4 organisaties.
53. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: CASUISTIEK (FOR_N) Het team heeft contact met (1) medewerkers van PI/HvB (2) FPC (3) politie/justitie (4) FPK en / of FPA en/of KIB (5) reclassering (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie (7) Veiligheidshuis.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met alle zeven ketenpartners.
54. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: BELEID (FOR_N) Het team heeft beleidsafspraken (over samenwerking, procedures, werkwijze en afstemming) op schrift met de volgende ketenpartners: (1) medewerkers van PI/HvB, (2) FPC, (3) politie/justitie, (4) FPK en/of FPA en/of KIB , (5) reclassering, (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie, (7) Veiligheidshuis.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met alle zeven ketenpartners.
55. BINDENDE HULPVERLENING (FOR_T) Om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel attractieve (inloop, huiskamer etc) – assertieve als juridische maatregelen indien noodzakelijk (RM, budgetbeheer etc).	Het team is passief bij het behouden van cliëntcontacten; maakt bijna nooit gebruik van attractieve en assertieve en juridische maatregelen.	Het team doet pogingen tot het behouden van contact met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveerde cliënten.	Het team maakt actief gebruik van één van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.	Het team maakt actief gebruik van twee van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.	Het team past consistent goed overdachte strategieën toe en maakt gebruik van attractieve en assertieve zorg, en juridische maatregelen wanneer nodig is.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
56. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM ttv INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van de cliënt (familie, huisbaas, werkgever).	Bij minder dan 20% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 20-39% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 40-59% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 60-79% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij ≥80% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.
57. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM ttv MINDER INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van alle cliënten (familie, huisbaas, werkgever).	In de afgelopen 6 maanden vindt bij minder dan 20% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 20 – 39% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 40 – 59% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 60 – 79% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij ≥80% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.
Monitoring					
58. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): INHOUD Het team neemt bij alle cliënten eens per jaar een ROM af, die tenminste bestaat uit een gestandaardiseerd instrument om psychisch en sociaal functioneren te meten, een gestandaardiseerd instrument om zorgbehoeften en kwaliteit van leven te meten. (als de ROM niet volledig wordt afgenomen een punt minder)	Het team neemt bij <20% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 20-39% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 40-59% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren en zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 60-79% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij ≥80% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.
59. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): GEBRUIK Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid naar de cliënt als onderdeel van het behandelplan als naar teamuitkomsten in het kader van de PDCA- cyclus.	Het team kent geen ROM.	Het team kent een ROM zonder terugkoppeling naar teamleden.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit naar het individuele beleid rond de cliënt OF naar teamuitbeleid.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid rond de cliënt als naar teambeleid.	Het team gebruikt de ROM structureel bij evaluatie van het team(functioneren) wat leidt tot aanpassingen op teamniveau en gebruikt ROM als

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
					standaardonderdeel bij iedere behandel-planbespreking.
60. RISICOTAXATIE (FOR_N) Bij alle cliënten die in zorg zijn van het FOR FACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument	20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Bij meer dan 80% van de cliënten die in zorg zijn van het FOR FACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument.
61. VERBETERCYCLUS FOR FACT Projectleider/ teamleider monitoren het proces van (FOR) FACT, gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt volgens een standaard aanpak, bijvoorbeeld gebruik van de fidelity schaal of een andere uitgebreide set van indicatoren. De PDCA cyclus (plan, do, check/study, act) wordt hierbij gehanteerd.	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren.	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld naar het team maar het leidt niet tot aanpassing.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld aan. Gegevens worden gebruikt om het programma te verbeteren.	Gestandaardiseerd, uitgebreid het proces monitoren gebeurt ten minste elke 6 maanden en het wordt gebruikt om het programma te verbeteren. De PDCA cyclus is in het proces herkenbaar.
Professionalisering					
62. REFLECTIE EIGEN HANDELEN Elk teamlid heeft minstens 5x2 uur per jaar voor intervisie of (groeps)supervisie. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.	≤ 20% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	21-40% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	41-60% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	61-80% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	> 80% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
63. SCHOLING FACT EN EVIDENCE BASED ONDERWERPEN Alle teamleden ontvangen jaarlijks een (bij)scholing in (FOR) FACT EN EBP (minimaal 4 dagdelen). (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	≤ 20% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	21-40% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	41-60% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	61-80% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	> 80% van de FOR FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.
64. SCHOLING HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG 80% van de teamleden zijn in de laatste twee jaar geschoold in herstel-ondersteunende zorg. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	Geen van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	1 - 29% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	30-59% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	60-79% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	80% of meer van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelonder-steunende zorg.
65. SCHOLING FORENSISCHE DESKUNDIGHEID (FOR_N) Het team is in de afgelopen 2 jaar forensisch (bij-) geschoold in (1) risicotaxatie/delictanalyse (2) terugvalpreventie / risicomanagement (3) omgaan met agressief / acting out gedrag (4) juridische kennis (5) motiverende gespreksvoering, (6) herstelondersteunende zorg en (7) LVG. Het gaat per deskundigheid om scholing van minimaal 1 dag. Indien<50% van het team in de afgelopen 2 jaar in een bepaalde deskundigheid is geschoold, gaat er een punt af.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in geen/1 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 2 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 3 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 4 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in minstens 5 van de 7 deskundigheden.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
66. STRUCTURELE AANDACHT VOOR HERSTEL Het team heeft structureel oog voor herstel. Dit blijkt uit de bordbespreking, de doelen van de cliënten contacten die dag en de behandelplannen	Het team is vooral bezig met het reageren van crisissen. Er is weinig tijd of aandacht voor de stabielere cliënten	Veel aandacht gaat uit naar het reageren op crisissen. Daarnaast heeft het team aandacht voor aanvullende behandeling.	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Echter herstel doelen zijn alleen geformuleerd voor de 'stabiele' cliënten	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Herstel doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt.	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Herstel doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt. Cliënten worden gewezen op lotgenotencontact en herstelgroepen.
67. TEAMGEEST Scoor de volgende onderdelen: - sfeer in het team (uitstekend, plezierig, hartelijk) - cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid) - gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team) - innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht) - burnout (minder dan 20% van de teamleden toont tekenen van burnout)	0 - 1 punt Het team is als los zand. Het maakt een uitgebluste, ongeïnspireerde, conflictueuze indruk	Het team scoort op 2 punten	Het team scoort op 3 punten	Het team scoort op 4 punten	Het team scoort op alle 5 punten. Het team maakt een enthousiaste, gemotiveerde harmonieuze, daadkrachtige en vastberaden indruk.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

FOR FACTS Scoreblad

0-3.0 = onvoldoende, 3.1-3,3 = middelmatig, 3,4-4.0 = voldoende, 4.1 > optimale implementatie
FOR_A = aangepast, FOR_T = toelichting, FOR_N = nieuw Forensisch item

		FACTS Criteria	*B 1*	*B 2*	*Consensus*	*Toelichting score*
		TEAMSTRUCTUUR				
1.	FOR_A	Kleine caseload				
2.		Personeelsbezetting				
3.		Teamverband				
4.	FOR_A	Psychiater				
5.	FOR_A	Psycholoog				
6.		Ervaringswerker				
7.	FOR_A	Maatschappelijk werker en/of SPH, soc.juridisch dienstverlener				
8.		Verpleegkundige				
9.		Persoonlijk begeleider				
10.		Verslavingsdeskundigheid				
11.	FOR_T	Arbeidsdeskundige				
12.		Specialist Rehabilitatie/herstel				
13.	FOR_N	Reclassering				
		Gemiddelde score teamstructuur				
		TEAMPROCES				
14.	FOR_T	Teambenadering				
15.		Shared caseload tijdens zorgintensivering				
16.		FACTbordoverleg				
17.		Multidisciplinair FACToverleg				
18.		Behandelplanbijeenkomst: opkomst				
19.		Behandelplanbijeenkomst: cliënt				
20.		Teamleider				
21.	FOR_A	Criteria voor plaatsing op FACT bord				
22.	FOR_A	Procedure plaatsing FACT bord				
23.	FOR_A	Procedure FACT bord AF				
24.		Contactfrequentie bord				
25.		Contactfrequentie niet-bord				
		Gemiddelde score teamproces				
		DIAGNOSTIEK, BEHANDELING, INTERVENTIES				
26.	FOR_A	Multidisciplinaire praktische zorg				
27.		Kennismaking				
28.		Individueel behandelplan				
29.		Individueel crisisinterventieplan				
30.	FOR_N	Terugvalpreventieplan				
31.	FOR_N	Doelen preventie crimineel gedrag				
32.		Individueel rehabilitatie-/herstelplan				
33.		Kopie behandelplan				

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

34.		Medicatiebeleid				
35.		Psycho-educatie				
36	FOR_N	Forensische interventies				
37.	FOR_N	Psychologische interventies				
38.		Familie Interventie				
39.		Arbeidsrehabilitatie				
40.	FOR_T	Dubbele diagnose model				
41.		Individuele somatische zorg				
		Gemiddelde score diagnostiek				
		ZORGORGANISATIE				
42.	FOR_T	Hantering toelatingsprocedure FACT				
43.		Wachtlijst				
44.		24 uur bereikbaarheid en crisis				
45.		Verantwoordelijkheid voor opname				
46.		Bed op recept				
47.	FOR_A	Continue zorg				
48.	FOR_A	Verantwoordelijkheid voor planning van ontslag				
49.	FOR_N	Zorg voor onbeperkte tijd & overdracht				
50.	FOR_A	No drop-out				
		Gemiddelde score organisatie				
		MAATSCHAPPELIJKE ZORG				
51.		Outreachend				
52.		Overleg externe partners				
53.	FOR_N	Samenwerking forensische ketenpartners: casuïstiek				
54.	FOR_N	Samenwerking forensische ketenpartners: beleid				
55.	FOR_T	Bindende hulpverlening				
56.		Samenwerking met het Steunsysteem ttv IZ				
57.		Samenwerking met het Steunsysteem				
		Gemiddelde score maatschappelijke zorg				
		MONITORING				
58.		ROM Inhoud				
59.		ROM Gebruik				
60.	FOR_N	Risicotaxatie				
61.		Verbetercyclus FACT				
		Gemiddelde score monitoring				
		PROFESSIONALISERING				
62.		Reflectie eigen handelen				
63.		Scholing FACT en EBP				
64.		Scholing Herstelondersteunende zorg				
65.	FOR_N	Scholing forensische deskundigheid				
66.		Structurele aandacht herstel				

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

67.	Teamgeest ***Gemiddelde score professionalisering***				
	Eindscore FACTS	**../67**			

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Quickscan voor (FOR) ACT en FACT

Vijfpuntsschaal:

1. Ontvangst (weet men doel, heeft men gegevens, hoe georganiseerd)
2. Teamgeest (sfeer, samenwerking, open)
3. Omringende/moederorganisatie (wordt men gefaciliteerd/bedreigd)
4. Eigen taakstelling en organisatie (op papier en in woorden, weten wat men wil)
5. Samenstelling tov caseload (disciplines en aantallen)
6. (F)ACT- werkwijze (outreach, assertive, bord)
7. Behandelplannen, opgesteld met, in bezit van cliënt.
8. Deskundigheid en inzet tav EBP: Med, CGT, IPS, Fam. Interv. , PsEd, IDDT enz
9. PDCA, kwaliteitsfeedback; evaluatie, ROM
10. Klantgerichtheid

Totaal/10=

Eigen impressie: mag dit team een keurmerk hebben: ja/twijfel/nee

Enkele adviezen:

1. korte termijn/quick win

2. lange termijn

Bestuur CCAF
Quickscan, vastgesteld dd 17 september 2008

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011