

CCAF



Flexible ACT

WERKBOEK

FACT-SCHAAL 2017-R

Revisie van maart 2022

Het FACT-werkboek is ontwikkeld om goede ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen door te ontwikkelen en teams de mogelijkheid te bieden zich adequaat voor te bereiden op een FACT-audit van het CCAF.

Inhoud

Introductie	1
Inleiding	2
Achtergrondinformatielijst	5
Professionalisering	7
Deel A: De Structuuritems	8
Deel B: De Thema's	10
Thema 1: Flexibilisering van zorg	12
Thema 2: Persoonlijk Domein	13
Thema 3: Maatschappelijk Domein	14
Thema 4: Symptomatisch Domein	15
Thema 5: Planning en Controle op Individueel Cliëntniveau	16
Thema 6: Crisis, Veiligheid en Maatschappelijke verantwoordelijkheid	17
Thema 7: Samenwerking met het Netwerk	19
Thema 8: Kwaliteit en Innovatie	20
Eindscore	21

Introductie

Voor u ligt het Flexible ACT-Werkboek oftewel het FACT-werkboek ter ondersteuning van het ontwikkelen en borgen van goede ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Deze 2022 versie is ontstaan na een evaluatie op basis van de auditdata van de FACTs 2010 en de FACTs 2017, de evaluatie van het document Over de Brug uit 2019, consultatie van het College van de Rechten van de Mens, feedback van auditoren, teams en stakeholders en de ontwikkeling van de For(F)ACTs, de FACTs Jeugd 2020 en de ACT-schaal met experts uit de verschillende velden.

Het FACT-werkboek biedt ondersteuning bij de doorontwikkeling van FACT-teams en het bevorderen van modelgetrouwheid conform de FACT-Schaal 2017. U kunt dit doen door alle hoofdstukken te doorlopen en de uitwerking ervan vast te leggen in een levend (steeds bijgewerkt) **Teamdocument** (waarin een missie, visie, alle achtergrondinformatie, de procedures, de feedback uit het tevredenheidsonderzoek met cliënten, naasten en netwerkpartners en de kwaliteitscyclus betreffende de thema's in Deel A en B zijn opgenomen). Let op dat de samenhang van de verschillende onderdelen misschien wel de grootste toets is voor de kwaliteit die u levert: voor welke doelgroep levert u uw diensten (casemix), welke diensten 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 FACT-team?

In de praktijk van de GGZ en het Sociaal Domein wordt er regelmatig gewerkt in gecombineerde en samengestelde teams uit meerdere organisaties, vandaar dat in de FACTs gekozen is om te spreken van een **kernteam**. **Het kernteam betreft de leden die consistent tot het team horen, door de teamleiding aangestuurd worden en de meeste bijbehorende overlegvormen bijwonen (minstens wekelijks). Dit kunnen medewerkers van verschillende organisaties zijn, indien ze maar 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 (zoals consultants, deelbehandelaars en andere resources relevant voor de zorg), zij zijn wél opgenomen in de behandelplannen en zijn regelmatig 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 FACT-team of de voorbereiding op een audit, is het van belang te weten of u voldoet aan de minimale eisen voor modelgetrouw werken. Hiervoor zijn de volgende instapcriteria opgesteld:

1. Bestaansduur van het team (in maanden)	≥ 12 maanden
2. Aantal cliënten in de totale caseload.	≤ 300 patiënten
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 integraal herstel.	Herstelgericht
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

Flexible ACT (FACT) heeft specialistische ambulante psychiatrische zorg voor complexe doelgroepen (mensen met een zorgindicatie EPA) in de GGZ op de kaart gezet, de inzet van ervaringsdeskundigheid een enorme boost gegeven en kan nu een voorname rol gaan spelen bij de ontwikkeling van netwerkpsychiatrie en de aansluiting van de specialistische GGZ met het Sociale Domein. Dit vraagt om een nieuwe werkwijze, om creatieve speelruimte en het in gezamenlijkheid innoveren. Een nieuwe 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.

Het FACT-model stimuleert een team tot het leveren van de best passende diensten, interventies en acties bij mensen met een zorgindicatie EPA in samenwerking met verschillende netwerken. Het werken met het FACT-model geeft een multidisciplinair team de mogelijkheid om de behandelintensiteit op te schalen en weer af te schalen als de situatie daar om vraagt. FACT combineert de slagkracht van een gezamenlijk gedragen caseload (shared caseload) met casemanagement. Ten tijde van 'shared caseload' draagt het team gezamenlijk de intensivering van de opgeschaalde zorgintensiteit, door de flexibele inzet van meerdere hulpverleners per week, gebruik makend van verschillende zorgmodaliteiten (o.a. geboden door e- en m-health) en van de resources uit het netwerk. Coördinatie en evaluatie gebeurt tijdens het FACT-bordoverleg. Zorgintensivering kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn ten tijde van een (dreigende) crisis of decompensatie, na ontslag uit het ziekenhuis of Penitentiaire Inrichting of bij ingrijpende positieve of negatieve levensgebeurtenissen. Het oorspronkelijk Amerikaanse ACT-model is hierin goed te herkennen. FACT heeft de functie van regulier casemanagement, als één van de diensten van het FACT-team, toegevoegd aan het ACT-model en hiermee de mogelijkheid geschapen om cliënten ook over een langere tijd minder intensief te behandelen en begeleiden in hetzelfde team. Op deze manier krijgt de cliënt gedurende de verschillende fasen van het herstelproces te maken met hetzelfde team en is flexibiliteit en geïntegreerde behandeling geborgd. Procesgerichte zorg wordt beter mogelijk en opportuniteiten voor herstel krijgen meer kans. De casemanager functioneert verder als dossierhouder en is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het coördineren van het behandelplanproces en het zorgvuldig bijhouden van het dossier. Vaak levert de casemanager ook een inhoudelijke bijdrage aan de behandeling en worden er meerdere disciplines en andere externe professionals betrokken bij het fasegerichte behandeling-/begeleidingsproces.

De afgelopen jaren heeft het FACT-model vaste voet aan de grond gekregen binnen verschillende organisaties verspreid over het hele land en zelfs daarbuiten. Het wordt ingezet voor verschillende doelgroepen en het aantal FACT-teams groeit nog steeds. De FACT-schaal en de audits door het CCAF hebben een belangrijke rol gespeeld bij de implementatie van daadwerkelijk goede zorg voor mensen met een zorgindicatie EPA in de ambulante zorg. Tot op heden was de FACT-schaal zeer normerend van aard, wat er zeker toe heeft bijgedragen dat bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen worden ingezet en voor deze doelgroep ambulante zorg leidend geworden is. Voor startende FACT-teams was de FACT-schaal 2010 een behulpzaam middel om het FACT-model goed te implementeren. Anderzijds lijkt het moment nu aangebroken om nieuwe initiatieven en innovaties te erkennen en teams meer waardierend te auditen, zonder de kernprincipes van FACT los te laten.

In dit werkboek wordt 'behandeling' gedefinieerd als alle onderdelen die ten dienste staan van het herstelproces van de cliënt, waaronder diagnostiek, begeleiding, zorg, verpleging en ondersteuning. Waar nodig wordt met een inhoudelijk argument een onderscheid gemaakt.

"Het FACT-team is vandaag te gast in het gemeentehuis van een kleine gemeente. Een wijkverpleegkundige van het Sociale Wijkteam, de lokale POH-GGZ, een buurtregisseur van de gemeente en een medewerker van de lokale woningbouwvereniging sluiten hier altijd aan. Dit multidisciplinaire team bestaande uit kernteamleden vanuit de GGZ, verslavingszorg, jeugdzorg en verstandelijk gehandicapte zorg, zonder kantoor is iedere dag van de week

vaste gast in een centraal gelegen buurtcentrum of partnerorganisatie in hun rurale werkgebied en er schuiven telkens lokale partners aan tafel om gezamenlijke cliënten in het werkgebied te bespreken. Nadat via beeldbellen de overdracht van de crisisdienst heeft plaatsgevonden en het FACT-bord door het kernteam is doorgenomen, wordt het wijkbord met gedeelde cliënten besproken met de netwerkpartners. Vandaag staat onder andere een bezoek van de psychiater met een medewerker uit het SWT aan een cliënt en zijn ouders gepland om in gezamenlijkheid acties te formuleren bij eerder gestelde doelen. De SPV bezoekt vanmiddag met twee cliënten de buurtvereniging waar zij aanhaken bij een kookcursus. De somatische screening van een cliënt zal vandaag plaatsvinden bij de huisartsenpraktijk van de desbetreffende cliënt in samenspraak met de POH-GGZ. In samenspraak met de huisarts en de POH-GGZ is de somatische zorg zo geborgd. Daarnaast is de cliënt op de hoogte van het feit dat FACT-zorg tijdelijk is en dat persoonlijk herstel met een volledige terugkeer naar de huisarts het doel van de behandeling is. Ondertussen wordt de relatie met de huisartsenpraktijk behouden en het familiale, vrijwillige en professionele netwerk rondom de cliënt in zijn woonplaats opgebouwd om zodoende daadwerkelijk de FACT-zorg af te bouwen en de regie over de acties van het netwerk meer en meer aan de cliënt te laten. Het kernteam biedt zelf integrale en geïntegreerde zorg indien noodzakelijk en deelt en coördineert de zorg indien mogelijk met het perspectief op zelfmanagement en volledige integratie en participatie in de maatschappij.”

“Het specialistische Forensisch FACT-LVB-team, het enige in deze middelgrote stad, bestaat uit 15 medewerkers vanuit één organisatie en zij komen vier keer per week samen in een ruimte van de organisatie en één keer per week in het Veiligheidshuis. Daar sluiten netwerkpartners aan. Wekelijks sluit een verslavingsarts aan ter consultatie. Het team had voorheen de volledige werkwijze, casemix en PDCA-cyclus beschreven in een levendig papieren teamdocument. Nu heeft men een eigen webpagina waar alle onderdelen digitaal terug te vinden zijn. Het biedt cliënten, familieleden en netwerkpartners de mogelijkheid digitaal informatie op te zoeken, het tevredenheidsonderzoek in te vullen, te reageren op nieuwe berichten en het team van feedback te voorzien. Eén keer per jaar, op een vaste datum, komen cliënten, familieleden en netwerkpartners bijeen om met het team de feedback te bespreken en het actieplan voor het komende jaar op te stellen. Op dit moment wordt het transparante behandelaanbod en het openbare veiligheidsbeleid door externen als meerwaarde gezien.”

In het verleden was het aanbod voor mensen met (een vermoeden) van psychiatrische en complexe problemen gefragmenteerd en werd vaak sequentieel, door opeenvolgende organisaties, aangeboden. Met FACT wordt het mogelijk om de doelgroep in hun context integraal en geïntegreerd te behandelen, indien nodig proactief en assertief wanneer bijvoorbeeld sprake is van ontoereikende zorg of het vermijden van zorg. Hetzelfde begeleidingsteam blijft beschikbaar in opeenvolgende fases met wisselende zorgbehoeften. Het team is in staat flexibel en soepel de zorg aan te passen aan de noden door gebruik te maken van eigen resources van het team (shared caseload) en ondersteuning van het netwerk. Het team houdt regie en coördinatie en realiseert zo continuïteit van zorg. Het nemen van de verantwoordelijkheid voor deze complexe doelgroep in een regio vraagt om een gepast aanbod van consultatie, gerichte (cliënt is bekend, maar uit zorg) en ongerichte (nieuwe cliënten) casefinding en geïntegreerde bemoeizorginterventies (het ACT-gedeelte van FACT). FACT-teams in allerlei soorten en maten, diagnose-specifiek of generalistisch, stedelijk en ruraal, passen zich razendsnel aan en spelen in op de veranderingen binnen de GGZ, de Jeugdzorg, de Forensische sector, de VG-sector én het Sociale Domein.

De opkomst van de Praktijkondersteuner bij de Huisarts voor het GGZ-domein (POH-GGZ) enerzijds en de ontwikkeling van High Intensive Care units (HIC), intensive home treatment (IHT), resourcegroepen/JouwIngebrachteMentor (JIM)/Open Dialogue en Actieve Rehabilitatie in de Triade (ART) anderzijds hebben de mogelijkheden tot het op- en afschalen van zorg in de gehele GGZ-netwerk geborgd. Voorheen waren er minder step down alternatieven (denk aan de huisarts of sociale wijkteams) en waren de resources van FACT-zorg soms ontoereikend en zorgde de beperking tot het eigen aanbod mogelijk onnodig voor belemmeringen en vertragingen in het hersteltraject. Met de huidige toename van de GGZ-expertise bij de huisarts is het delen van de somatische zorg verantwoord en mogelijk. De huisartsenpraktijk wordt een logisch vervolg op FACT-zorg bij afdoende herstel. Ten tijde van crisis en een eventuele opname verloor het FACT-team

de regie over de behandeling en kon een opname lang of te lang duren met voornamelijk klinische behandeldoelen. Nu zijn de ambulante gestelde doelen leidend en werkt men in het volledige netwerk, opnamevoorkomend. Een HIC heeft het doel een opname zo kort mogelijk te houden met daarbij continue afstemming met de cliënt, zijn familie en het FACT-team.

In het Sociale Domein heeft de invoering van de WMO geleid tot de ontwikkeling van allerlei 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. Samenwerking tussen domeinen is cruciaal. Het sociale domein speelt een rol in het netwerk van mogelijkheden (resources) rondom cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen ten behoeve van het herstel van rollen op de verschillende domeinen.

Veranderingen in de GGZ en in het Sociale Domein, vragen een verbreding van de FACT-visie op totale integrale en geïntegreerde zorg door één team om daadwerkelijk het gestelde doel van 1/3 meer herstel voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen te kunnen behalen (uit: Over de Brug, 2014). Het netwerk van verschillende voorzieningen spreekt nu dezelfde herstelgerichte taal en het netwerk biedt meer mogelijkheden om adequaat aan te sluiten bij wisselende zorgbehoeften. FACT-teams kunnen zich nu beter openstellen en deel worden van de beschikbare resources in de wijk of regio. Hun rol is om daadwerkelijk volledig outreachend de wijk in te gaan om de cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen te helpen integreren, participeren en vooral te laten verbinden met het lokale “normale” netwerk van familie, naasten, vrijwilligers en/of professionals.

De FACT-schaal 2017-R is ontwikkeld in opdracht van het CCAF door M. Bähler, P. Delespaul, H. Kroon, M. v. Vugt en K. Westen in samenwerking met het werkveld, financiers, cliëntenorganisaties en naastbetrokkenen. In maart 2022 volgde een redactionele update.

Achtergrondinformatielijst

De informatie in de achtergrondinformatielijst is noodzakelijk voor 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 beschikbare resources. 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. Zie de CCAF-website (www.ccaf.nl) voor de digitale versie die tevens dient te worden ingevuld ter voorbereiding op een audit van het CCAF.

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 in overleg met de cliënt /zonder overleg met de cliënt, bij overlijden in natuurlijk/niet natuurlijk/suicide, specificeer bestemming: HA, Basis GGZ, enz.)	
17. Aantal cliënten opgenomen in de GGZ/PAAZ/GAAZ in afgelopen 6 maanden (vrijwillig/onvrijwillig).	
18. % cliënten in detentie	
19. % cliënten met een Wvvggz maatregel (specificeer de ambulante dwangmaatregelen; dwangmedicatie, urinecontrole, enz.)	
20. % cliënten met psychotische stoornis	
21. % cliënten met psychiatrische én verslavingsdiagnose	
22. % cliënten met een forensische titel	
23. % cliënten met persoonlijkheidsproblematiek	

FACT-WERKBOEK

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

	In kernteam (direct aanstuurbaar)	In netwerk (structurele samenwerking)	Niet aanwezig/niet beschikbaar	Opmerkingen
33. Het team biedt psychiatrische en psychologische interventies (benoem welke).	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
34. Het team biedt interventies m.b.t. verslaving.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
35. Het team biedt traumabehandeling.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
36. Het team biedt toeleiding naar werk en scholing.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
37. Het team biedt ervarings- en familie-ervaringsdeskundigheid.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
38. Het team biedt systeemtherapie.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
39. Het team biedt interventies m.b.t. somatiek.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
40. Het team biedt geschikte interventies voor mensen met LVB.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
41. Het team beschikt over justitiële kennis en ondersteuning.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
42. Het team beschikt over orthopedagogische of kinder- en jeugdpsychologische/psychiatrische kennis en/of interventies.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
43. Het team beschikt over begeleiding op het gebied van wonen en zelfzorg.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
44. Het team biedt.....	Ja/Nee	Ja/Nee		

Professionalisering

Het is voor een 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 in het Teamdocument kan met behulp van onderstaande tabel worden gegeven. Zie de website van het CCAF (www.ccaf.nl) voor de digitale versie die dient te worden ingevuld ter voorbereiding op een audit van het CCAF.

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

Item	Teamlid 1	Teamlid 2	Teamlid 3	Teamlid 4	Teamlid 5	Enz.
Naam teamlid						
Gediplomeerde 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?						
Gevolgte 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 monitoren van bepaalde items die concreet te meten zijn. Tijdens een audit van het CCAF zullen de items uit Deel A én B getoetst worden.

- Het scoren van deskundigheden: Een teamlid kan meerdere deskundigheden bezitten, echter maakt dit 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, 8, 9, 10 en 11: FTE van het kernteam x 200/aantal cliënten in het team.

1. Kleine caseload	1	2	3	4	5
De cliënt/hulpverlener verhouding van het kernteam is 15:1.	>30	30-26	25-20	19-16	≤ 15
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%	$\geq 50\%$
3. Psychiater	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is minstens één FTE psychiater aangesteld in het kernteam.	<0,20 FTE	0,20-0,39	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.	$\leq 0,66$ FTE	$\geq 0,67$ FTE	$\geq 1,2$ FTE inclusief GZP of KP	$\geq 1,6$ FTE, inclusief 0,8 FTE GZP	$\geq 1,6$ 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 0,89 FTE verpleegkundig specialist.	$\leq 3,9$ FTE	≥ 4 FTE met min. 1 FTE HBO	≥ 4 FTE met min. 2 FTE HBO	≥ 4 FTE met min. 2 FTE HBO + 0,89 FTE SPV	≥ 4 FTE met min. 3 FTE HBO + 0,89 FTE VS
6. Maatschappelijk / Juridisch deskundige	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is er ten minste 0,80 FTE maatschappelijk en/of juridisch geschoolde deskundige.	<0,20 FTE	0,20-0,39	0,40-0,59	0,60-0,79	$\geq 0,80$ FTE
7. Arbeidsdeskundige	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is er tenminste 1 FTE gespecialiseerd in het veld van arbeidsrehabilitatie aangesteld.	<0,30 FTE	0,30-0,59	0,60-0,88	0,89-1	>1 FTE
8. Deskundigheid op het gebied van ervaringsdeskundigheid	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten zijn er tenminste 1,2 (betaalde) FTE medewerkers met ervaringsdeskundigheid waarvan de helft met formele opleiding (MBO+). Deskundigheid als cliënt en als familielid is aanwezig. De cliënt ED, familie ED en professional met ED zijn aanwezig.	<0,60 FTE	0,60-1,19	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$, met min. 0,60 FTE formele opleiding (MBO+)	$\geq 1,2$, met min. 0,60 FTE formele opleiding (MBO+). De cliënt ED, familie ED en professional met ED zijn aanwezig.

FACT-WERKBOEK

9. Deskundigheid op het gebied van somatiek	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is er tenminste 1 FTE met somatische deskundigheid aangesteld.	<0,20 FTE	0,20-0,39	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 is er tenminste 1 FTE met verslavingsdeskundigheid aangesteld.	<0,20 FTE	0,20-0,39	0,40-0,69	0,70-0,99	≥1 FTE
11. Deskundigheid op het gebied van LVB	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten zijn ten minste 0,80 FTE hulpverleners met kennis op gebied van LVB aangesteld.	<0,20 FTE	0,20-0,39	0,40-0,59	0,60-0,79	≥0,80 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 FACT-model. (3) Vaste medewerkers zijn voorzitter van het 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 FACT-schaal geeft een FACT-team richting: waarin excelleert een FACT-team, 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, werkingsomgeving (regio) en teamsamenstelling? Het Deel B van de FACT-schaal gemeten op een schaal van 1 (domein niet of slecht geïmplementeerd) tot en met 8 (voorbeeldimplementatie voor andere FACT-teams).

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

Een goede kwaliteitscyclus van het FACT-team en een levend **Teamdocument** (waarin een missie, visie, alle achtergrondinformatie, de procedures, de feedback uit het cliënten-, naasten- en netwerktevredenheidsonderzoek en de kwaliteitscyclus betreffende de thema's in Deel A en B zijn opgenomen) zijn ondersteunend om uw cliënten, naastbetrokkenen en uw netwerkpartners te laten zien waar uw FACT-team voor staat en voor gaat. Mocht uw FACT-team onderdeel uitmaken van een groter geheel in een wijk of regio (samen met een sociaal wijkteam, woonbegeleidingsteam en/of specialistische poli in de wijk), maak dan duidelijk welke cliënten toebehoren tot welk onderdeel van het grotere geheel en maak duidelijk dat de prioritering van cliënten voor FACT goed is geborgd. Daarnaast biedt het Teamdocument handzame input ter voorbereiding op een audit van het CCAF.

Voor wie, met wie en wat?

Enkele praktijkvoorbeelden waarin een FACT-team zich verhoudt tot de casemix en de lokale context:

"Het 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. Hierop is de actie ondernomen om vanuit het FACT-team EMDR te gaan aanbieden door de psycholoog met de juiste opleiding in het kernteam. Ons FACT-team Noord heeft minder cliënten met deze diagnose en geen geschikt personeelslid en zij maken nu gebruik van de psycholoog van FACT Zuid. Uiteraard zijn de acties van de psycholoog opgenomen in het behandelplan van FACT Noord en sluit zij regelmatig aan bij de behandelplanbesprekingen en FACT-overleggen van FACT Noord om de voortgang te bespreken."

"Wanneer onze jongeren op het FACT-bord komen te staan om de zorg te intensiveren, dan schalen wij de zorg op in samenspraak en samen met de ouders, de betrokken schoolmaatschappelijk werker en de betrokken hulpverleners vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin. De betrokken hulpverleners van deze organisaties staan vermeld op het FACT-bord en zijn op de hoogte van de gezamenlijk gestelde doelen. Belangrijk is dat we hierdoor de jongeren meerdere keren per week door verschillende disciplines kunnen zien en er intensief overleg is waarbij de betrokken hulpverleners aanschuiven bij het FACT-bordoverleg. Op deze manier zijn wij als relatief klein team in staat om de zorg op te schalen en zorgverzwaring of opname 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 en psychiatrische diagnose 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."

"Dankzij bemiddeling van het COC werk ik sinds kort als vrijwilliger voor enkele uren per week in dit team. Ik ben een LHBT-deskundige met ervaringsdeskundigheid. Mijn komst was en is meer dan welkom nadat uit 10% van de herstelassessments vragen, interesses en problemen op het gebied van de seksuele identiteit bleken te komen. Ik merk dat met mijn komst ook de culturele en spirituele identiteit een aandachtspunt is geworden en dat seksuele

bijwerkingen explicieter worden uitgevraagd. Naast individuele contacten met cliënten, woon ik het FACT-bordoverleg 1x per week bij, alsmede het MDO, en draai ik de fotografiegroep mee en geef themagerichte filmavonden.”

“Nu we veel jongeren ondersteunen bij hun transitie naar zelfstandig wonen, hebben we een open kookgroep kunnen oprichten. En net als met onze hardloopgroep, meidenavond, fitness-uur en spelletjesmiddag, hebben we dat samen kunnen doen met vrijwilligers en medewerkers van het wijkcentrum in Uitzicht. Hun keuken is fantastisch, de kooktrainingen uitdagend en het is één keer per maand telkens weer een mooie uitdaging om samen het geleerde te koken voor de bewoners van de wijk Uitzicht.”

“Ja, we hebben als team besloten om in wisselende samenstelling eens per maand aan te sluiten bij het gemeentelijke MASS-overleg. Dat is belangrijk gebleken om expertise te delen met andere organisaties, kennis op te 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.”

Thema 1: Flexibilisering van zorg

Een FACT-team dient in staat te zijn de zorg *flexibel* aan te laten sluiten bij de noden van de cliënten, in het bijzonder, maar niet uitsluitend, bij het op- en af te schalen. Ze maken hiervoor gebruik van de eigen expertise bij de eigen teamleden en van de resources in het gehele netwerk van huisarts, Sociale Wijkteam tot HIC. Het team kan de zorgintensivering zelf uitvoeren 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 voordeliger voor de gehele caseload. Belangrijk is dat er geregisseerd vanuit het kernteam indien wenselijk wordt op- en afgeschaald qua zorgintensiteit en -inhoud.

Intensivering van de zorg in de vorm van ACT maakt een belangrijk onderdeel uit van de werkwijze en zorgt voor de mogelijkheid flexibel en soepel te kunnen werken ten tijde van hogere nood bij of ter voorkoming van een crisis, of bij life-events of positieve ontwikkelingen in alle levensdomeinen zoals wonen, school, werk, geboorte, enz. Borging van niet ingeplande tijd en ruimte in de agenda's van de medewerkers is hiervoor noodzakelijk. Ook is het belangrijk goede contacten te hebben in het netwerk, zodat regie gevoerd kan worden en noodzakelijke resources georganiseerd. Flexibilisering wordt zichtbaar tijdens het ochtend (FACT-)overleg en in de beschreven procedures en samenwerkingsverbanden (in bijvoorbeeld het Teamdocument),

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 individuele herstelproces te ondersteunen. Op deze wijze wordt zorg op maat en proportionaliteit gewaarborgd en wordt de eigen regie van de cliënten bevorderd en voorkomen dat het team te bevoogdend, te veeleisend of te afwachtend op treedt. Fasering van zorg kan ten uitvoer worden gebracht met behulp van enkele erkende modellen, zoals de fasen van herstel, fasen van gedragsverandering of (verslavings)behandeling. De beargumenteerde en verantwoorde keuze gebeurt in onderling overleg, maar is aan het team. Het is zeker mogelijk gelijktijdig interventies in te zetten vanuit verschillende fasen voor verschillende levensdomeinen.

Een herstelproces kan grillig verlopen over de tijd, wat betekent dat een cliënt tijdelijk kan versnellen, een tijd van afzondering kan ingaan of stabiliteit op zoekt. Het beschikbaar zijn en (proactief) voeren van een dialoog met de cliënt en naasten en het zorgvuldig aansluiten van interventies en intensiteit bij behoeftes van de cliënt blijft noodzakelijk, omdat persoonlijke groei kan voortkomen uit afzondering, stabiliteit of rust. Een presente en bewust afwachtende houding en (lage) intensiteit is procesmatig even waardevol als een proactieve assertieve (hoge) behandelintensiteit. Fasering is zichtbaar in het behandelplan, in de procedures en uitvoering van de behandelplanbespreking en tijdens het dagelijkse FACT-overleg.

Van medewerkers in het team wordt verwacht dat zij op de hoogte zijn van de werkwijze m.b.t. flexibilisering en fasering van zorg en deze kennis adequaat inzetten tijdens overlegvormen

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

- 1) Flexibele zorg is zichtbaar tijdens het FACT-overleg.
- 2) Fasering van zorg is zichtbaar in het behandelplan 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 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 FACT-overleg en in behandelplannen.

Thema 2: Persoonlijk Domein

De missie van een FACT-team is het herstelproces van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen te faciliteren en te ondersteunen. Het team geeft hier vorm aan door zich zowel te richten op het persoonlijke, het maatschappelijke en het symptomatische domein.

Het 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. Er is ruimte voor de individuele ontwikkeling van de cliënt en de eigen krachten van de cliënt. Evenals is er ruimte voor het worstelen met de eigen (culturele, seksuele, spirituele) identiteit en met emoties als rouw en verdriet. Er is aandacht voor het tegengaan van zelfstigmatisering. Het team besteedt ook zelf expliciet aandacht aan de eigen houding en de mate van stigmatisering van hun cliënten. De (normale) leefwereld van mensen en hun autonomie vormen de referentie voor de bejegening. Hieruit volgt 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 wordt gezamenlijk gedragen. Vanzelfsprekend komt deze hoopvolle taal en benaderingswijze terug in de geschreven teksten van het team en in het aanbod van herstelondersteunende en ontwikkelingsgerichte interventies op persoonlijk, maatschappelijk en symptomatisch domein vanuit het team en in het netwerk.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

2.1 Het team herkent en erkent de eigenheid van de cliënt.

- Het team gaat uit van de eigen kracht van de cliënt.
- 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.
- Er is aandacht voor het tegengaan van stigmatisering door het team, naasten en maatschappelijke context en zelfstigmatisering van de cliënt.
- Het team durft risico's te nemen (en de cliënt heeft het recht te falen – en hiervan te leren).
- Het team kent een hoopvolle houding en gebruikt hoopvolle taal gericht op een open en positief toekomstbeeld.

2.2 De krachten, wensen en doelen van de cliënt zijn zichtbaar.

- Het team inventariseert de doelen van de cliënt en legt de doelen van de cliënt vast.
- Het team faciliteert en ondersteunt de realisatie van de doelen met zichtbare interventies.
- Begeleiding binnen dit domein is beschikbaar in het kernteam of in het direct aanstuurbare netwerk.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items zichtbaar te zijn in het Teamdocument en tijdens het dagelijkse FACT-Bordoverleg, alsmede tijdens het cliënten- en naasten tevredenheidsonderzoek.

Thema 3: Maatschappelijk Domein

Een FACT-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 zorg 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'. Interventies worden in gezamenlijkheid met de cliënt, zijn naasten en professionele netwerkpartners opgesteld. Indien noodzakelijk zijn proactieve assertieve interventies (denk aan bemoeizorginterventies) opgenomen in het behandelplan, zowel gericht op de individuele cliënt als zijn context.

De maatschappelijke context, de beschikbare resources van zowel de cliënt, zijn omgeving, als het team en de casemix zullen de mogelijke interventies bepalen, alsmede de focus. Interventies kunnen gecoördineerd worden uitgevoerd door externe partners, in gezamenlijkheid met lokale partners of door het team zelf. Wanneer meerdere cliënten soortgelijke wensen of doelen hebben, kan het handig zijn individueel of groepsaanbod te (laten) ontwikkelen. In sommige teams zal de focus bijvoorbeeld liggen op het verkrijgen van onderdak, het voorkomen van dak- en thuisloosheid en het op orde krijgen van de financiën, terwijl in andere teams eenzaamheid, toeleiding naar werk of studie, de zelfzorg of het veilig wonen focus verdient.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

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

- Het team inventariseert de doelen van de cliënt en legt de doelen van de cliënt vast binnen het domein 'zelfzorg en wonen'.
- Het team faciliteert en ondersteunt de 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.

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

- Het team inventariseert de doelen van de cliënt en legt de doelen van de cliënt vast binnen het domein 'sociaal netwerk'.
- Het team faciliteert en ondersteunt de realisatie van de doelen binnen het domein 'sociaal netwerk' met zichtbare interventies.

3.3 De rollen van de cliënt binnen het domein 'werk, scholing en vrije tijd' zijn zichtbaar

- Het team inventariseert de doelen van de cliënt en legt de doelen van de cliënt vast binnen het domein 'werk, scholing en vrije tijd'.
- Het team faciliteert en ondersteunt de realisatie van de doelen binnen het domein 'werk, scholing 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 FACT-overleg, in behandelplannen en in de intake- en assessmentprocedure.

Thema 4: 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 en evaluatie van de behandelingen op het gebied van hun specifieke deskundigheid.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

4.1 Psychiatrische Interventies

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

4.2 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

4.3 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.

4.4 Verslavingsinterventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Verslavingsinterventies worden expliciet benoemd, beschreven en flexibel/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 5: 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 meebrengt. Het inbedden van de ROM-gegevens is hier een onderdeel van, waarbij het team duidelijk een beargumenteerde keuze heeft gemaakt uit de beschikbare gestandaardiseerde meetinstrumenten.

De periodiek verzamelde informatie wordt gebruikt om de zorg te plannen en te evalueren. In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld. De rol van naasten wordt concreet beschreven in de behandelplannen. Elke partner in de triade (cliënt, professionals en betrokkenen) kan doelen inbrengen. De rol van de netwerkpartners wordt concreet beschreven in de behandelplannen. Op deze wijze neemt het FACT-team een regisserende coördinatiefunctie op zich en overziet de totale zorg om herstel te kunnen bevorderen, opnames te voorkomen en de autonomie van de betrokkenen te herstellen.

De aangeboden en beschreven interventies van het team, zoals in thema 4, dienen beschikbaar te zijn voor de gehele caseload. Beschikbaarheid is een voorwaarde om cliënten te motiveren tot het aangaan van de meest geschikte en passende behandelvorm of -interventie.

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:

5.1 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, huisarts, professionals uit het sociale domein en POH-GGZ. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (team, netwerk, cliënt en naasten). Elke partij kan doelen inbrengen.
- Er wordt minstens een keer per jaar een klinische ROM uitgevoerd ten behoeve van het individuele beleid en het behandelplan, bestaande uit gestandaardiseerde instrumenten die het (1) psychisch en sociaal functioneren, (2) zorgbehoeften en (3) kwaliteit van leven en herstel meten.

5.2 Integrale Verantwoordelijkheid

- Het team is integraal verantwoordelijk voor het verloop van de 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 en in behandelplannen.

Thema 6: Crisis, Veiligheid en Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Het FACT-team neemt de verantwoordelijkheid in hun werkgebied op zich voor alle cliënten behorende tot de doelgroep van het betreffende team (steeds mensen met een EPA Zorgindicatie). Wachtlijsten en een beperkte beschikbaarheid van behandelopties in de regio kunnen een beroep doen op extra flexibiliteit en verantwoordelijkheid van het team. Het team stemt af met andere FACT-teams of andere regionale netwerkpartners voor specifieke doelgroepen om samen op te trekken en soepel en warm cliënten te verwijzen of over te nemen. Ook behoort het tot de werkzaamheden van het team om consultatie te bieden en (tijdelijke) laagdrempelig (online en offline) beschikbaar en bereikbaar voor ondersteuning te zijn voor cliënten, naasten en netwerkpartners. Overname van cliënten kan direct gebeuren wanneer consultatie onvoldoende oplevert of het risico toeneemt. Het team zet zich in om maatschappelijke teloorgang, terugval en crisis te voorkomen of naasten tijdens moeilijke periodes te ondersteunen. Inzet van preventieve assertieve (bemoeizorg)interventies, een gezamenlijk proces naar een crisissignaleringsplan/crisisplan, 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 (bv. preventief of in het kader van vroegsignalering) goede, passende behandeling beschikbaar te maken voor alle cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in het eigen werkgebied.

Het team is in staat, ook onder de meest moeilijke omstandigheden, telkens weer creatief opties te ontwikkelen, aan te bieden of vrij te maken voor cliënten en/of gezinnen. Dit gebeurt in het bijzonder wanneer escalatie dreigt en participatie en autonomie onder druk staat. Hierbij ligt de focus op mogelijkheden, kansen, alternatieven, preventie, laagdrempelige communicatie (bv. via social media) en opschaling (in tegenstelling tot een escalatie in drangmaatregelen leidend tot mogelijke dwang). Veiligheid kan vaak op verschillende manieren gerealiseerd worden. Samen optrekken, opent creatieve oplossingen. Het is dan ook noodzakelijk meer betrokkenen (in de eerste plaats de cliënt en naasten) mee te laten participeren in het plannen en realiseren van oplossingen

Het team heeft oog voor de veiligheid van de cliënt, zijn omgeving en haar medewerkers. Het ontwikkelt een anticiperend en preventief beleid en beperkt zo de noodzaak tot crisisinterveniëring. Dit beleid beperkt veiligheidsrisico's. Om dit doel te bereiken monitort het team continu en bewust risico's. Dit biedt mogelijkheden voor pro-actief handelen, waardoor op tijd evidence-based interventies op het gebied van crisispreventie en vroegsignalering aangeboden kunnen worden. Het team voert een crisisbeleid uit dat cyclisch, preventief en zo nodig assertief en proactief is. Een structurele relatie met regionale voorzieningen voor veiligheid (in en om het huis van de cliënt) is deel van het beleid. Uiteraard dient het aanbod passend te zijn bij de casemix en de maatschappelijke context.

Een rol als poortwachter voor cliënten uit het FACT-team bij klinische opname en ontslag is gewenst. Het team beschikt over een uitgeschreven veiligheidsbeleid en past dit toe. Cliënten kunnen gebruik maken van forensische interventies en beschikken over een individueel afgestemd crisis(preventie)beleid. Het team evalueert periodiek de casuïstiek via intervisie, moreel beraad of het aangaan van consultatie en supervisie relaties. Het streeft ernaar dwang en drang te beperken en om, binnen het kader van haar verantwoordelijkheden m.b.t. veiligheid, de CRPD (het VN-gehandicaptenverdrag) na te leven.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

6.1 Assertieve Proactieve Crisisinterventies

- Het team is in staat om de (vroeg) signalen van een (dreigende) crisis te herkennen.

- Het team is in staat om de zorg te intensiveren, creatieve oplossingen te realiseren en opties te vergroten in gezamenlijkheid met het netwerk.
- Het team is in staat, indien noodzakelijk, de benodigde (o.a. beschermende M&M/Wvvggz) maatregelen te nemen om de veiligheid te herstellen.
- Het team is integraal en 24/7 verantwoordelijk voor het regisseren van het op- en afschalen van zorg, ook wanneer opnameafdelingen, crisisdienst, huisarts en sociale wijkteams betrokken zijn bij de cliënt.
- Het individuele crisisbeleid wordt in gezamenlijkheid met alle betrokkenen, systematisch opgesteld en geëvalueerd met cliënt en zijn netwerk.

6.2 Veiligheid en Risico's

- Proactieve assertieve hulpverlening (bemoeizorg) wordt in de praktijk gebracht om drop-out te voorkomen.
- Gebruik van risicotaxatie (-instrumenten) passend bij doelgroep. Ter preventie van suïcide, maatschappelijke teloorgang, agressie en delicten.
- Er is een aanbod van trainingen op het gebied van de-escalatie, agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie beschikbaar, waar gebruik van wordt gemaakt en op effect wordt geëvalueerd. Dit kan zowel groepsgewijs als individueel. Het team heeft daarnaast een forensisch aanbod, bijvoorbeeld voor delictspecifieke problemen als huiselijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar actief door in het netwerk.
- 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) netwerkbetrokkenheid.
- Het team stelt haar beleid rond veiligheid continu in vraag, gebruikt hiervoor externe consultatie, en het mensenrechtenkader geboden door de conventie voor de rechten van personen met een handicap (CRPD).

Om een optimale score te behalen dienen de items alle cliënten te bereiken en dient er passend beleid te worden ontwikkeld voor de individuele cliënt. Dit is terug te zien in het Teamdocument, tijdens het dagelijkse FACT-overleg, in behandelplannen en in de intake- en assessmentprocedure.

Thema 7: Samenwerking met het Netwerk

Een betrokken *samenwerking met het netwerk* van de cliënt is vanaf de start van de behandeling van het grootste belang om de regie op het herstelproces zo snel als mogelijk te laten bij de cliënt en zijn zelfgekozen steunbronnen. Het team ondersteunt de cliënt bij het benoemen en integraal betrekken van de gekozen informele en formele steunbronnen. De steunbronnen maken onderdeel uit van de directe leefwereld van de cliënt en maken de natuurlijke omgeving waarin zingeving en wederkerigheid in de triade plaats vindt. De noodzaak tot het ontvangen van zorg van het FACT-team dient zo lang als nodig en zo kort als mogelijk te zijn (maar niet enkel bepaald door de risicotaxatie, maar ook door herstelgericht beleid en de ontwikkeling van weerbaarheid). Persoonlijke en professionele ondersteuning vanuit het netwerk van de cliënt is van evident belang tijdens en na de FACT-behandeling. Het team betreft het netwerk bij de behandelplancyclus teamevaluaties, ondersteunt het persoonlijke netwerk (familie en naastbetrokkenen) en het professionele netwerk met de best passende behandelvormen voor de doelgroep en ondersteunt en faciliteert het oprichten van vormen van zelfhulp door het persoonlijke netwerk.

Een FACT-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 nabij betrokkenen en professionele interne en externe resources. Telkens wordt er in de relatie bewust gekozen voor formele en/of informele samenwerkingsstructuren. 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 FACT-bordoverleg en maakt onderdeel uit van het team (denk hier aan de multi agency approach waarin medewerkers van verschillende organisaties coördinerend samenwerken in één 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 zorg afstemmingsgesprekken met klinische opname afdelingen behoort hier zeker toe.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

7.1 Betrokkenheid en Samenwerking met het Sociale Netwerk van de Cliënt

- Het team werkt met een sociale netwerkinterventie om externe steunbronnen integraal te betrekken.
- Er is een (individueel en/of groeps-) aanbod van het team aan naasten.
- Het team faciliteert en motiveert de oprichting en uitvoering van zelfhulpgroepen door naasten.
- Het team organiseert cyclisch tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten én netwerkpartners om systematisch te evalueren en de werkwijze waar nodig bij te sturen.

7.2 Samenwerking met het Professionele Interne en Externe Netwerk

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

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. De uitkomsten van de onderzoeken naar tevredenheid zijn vastgelegd in het teamdocument met bijbehorend actieplan.

Thema 8: Kwaliteit en Innovatie

Het FACT-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, van minimaal vier dagdelen per teamlid, 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 de mogelijkheid te bestaan om een second-opinion aan te vragen.

Een kwaliteitscyclus is zichtbaar in het handelen van het FACT-team. Naarmate een team scherper heeft waar zijn kwaliteiten, krachten en uitdagingen liggen kunnen de acties op het gebied van kwaliteit en innovatie daarop 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 FACT-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 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 interne en externe 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.
- Er is een periodieke dialoog, inclusief stakeholders, over de relatie tussen zorgbeleid en de Conventie voor de Rechten van de Mens voor Personen met een Handicap (CRPD).

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.

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 score wordt bepaald op basis van consensus van beide auditoren en door samenvoeging (optelling) van de gemiddelde itemsscore op het A deel (structuur) waarop een maximaal 5 punten behaald kunnen worden, de gemiddelde itemsscore op het B deel (inhoudelijke thema's) waar een maximum van 8 punten behaald kan worden. Scores worden berekend tot op 1/10de punt nauwkeurig en afgerond naar de dichtst bijgelegen decimaal. De score loopt dus tussen minimaal 2 en maximaal 13 punten. De scores boven 6 op het B deel worden toegekend wanneer er sprake is van 'voorbeeldfunctie'. Het realistische maximum is dus 11 punten.

- Een score van 6,6 of minder: geen certificaat
- Een score tussen 6,7 en 7,4: een voorlopig certificaat
- Een score tussen 7,5 en 8,7: een certificaat
- Een score vanaf 8,8 en hoger: een optimaal certificaat

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