



# Flexible ACT

## Werkboek *FACT-schaal LVB* 2024

*Versie maart 2024*



Het werkboek FACT-LVB is ontwikkeld om goede ambulante zorg voor mensen met een LVB en complexe gedrags- en /of (ernstige) psychiatrische problematiek te blijven ontwikkelen en teams de mogelijkheid te bieden zich adequaat voor te bereiden op een FACT-audit van het CCAF.

# Inhoudsopgave

<b>Introductie .....</b>	<b>3</b>
Instapcriteria.....	4
<b>Inleiding .....</b>	<b>5</b>
Voorbeelden uit de praktijk .....	8
<b>Achtergrondinformatie .....</b>	<b>9</b>
Teamsamenstelling en professionalisering.....	12
<b>Deel A: Structuuritems .....</b>	<b>13</b>
<b>Deel B: De thema's .....</b>	<b>15</b>
THEMA 1: Flexibilisering van zorg .....	17
THEMA 2: Persoonlijk domein .....	19
THEMA 3: Maatschappelijk domein.....	21
THEMA 4: Symptomatisch domein.....	22
THEMA 5: Planning en controle op individueel cliëntniveau .....	23
THEMA 6: Crisis, veiligheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid.....	24
THEMA 7: Samenwerking met het netwerk .....	26
THEMA 8: Kwaliteit en innovatie .....	27
<b>Totaalscore.....</b>	<b>29</b>

# Introductie

**V**oor u ligt het werkboek ter ondersteuning van het ontwikkelen en borgen van goede ambulante zorg voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) en complexe gedrags- en/of psychiatrische problematiek.

Het werkboek biedt ondersteuning bij de doorontwikkeling van Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-LVB-teams en het bevorderen van modelgetrouwheid conform de FACT-schaal (FACTs)-LVB 2024. U kunt dit doen door alle hoofdstukken te doorlopen en de uitwerking ervan vast te leggen in een levendig **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 (casemix) levert u uw diensten, welke diensten levert u en passen die bij uw doelgroep, en met wie levert u die diensten en heeft u uw steunbronnen (formele en informele netwerkpartners) voldoende geborgd in en om de cliënt en/of het FACT-LVB-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 steunbronnen 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). Ter voorbereiding op een audit is het van belang te weten of u voldoet aan de instapeisen (Tabel 1) voor modelgetrouw werken. Mocht uw team *niet* voldoen aan één van de criteria en daar bewust voor hebben gekozen, neem dan contact op met het CCAF.

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

Tabel 1. Instapcriteria

<b>Instapcriteria</b>	
1. Bestaansduur van het team.	≥ 12 maanden
2. Aantal cliënten in de totale caseload.	≤ 150
3. Hulpverlener/cliënt ratio.	≤ 1:20 ratio
4. Aantal disciplines (zoals in Deel A, item 3 t/m 8) aanwezig in het kernteam.	≥ 4 kerndisciplines
5. Het team biedt diensten vanuit medisch-psychiatrisch, sociaal-agogisch en pedagogisch perspectief.	Geïntegreerd
6. Aantal keren FACT-Bordoverleg.	≥ 3x/week
7. De mogelijkheid tot zorgintensivering indien noodzakelijk.	Flexibel
8. Het percentage van de cliënten dat jaarlijks door 4 of meer disciplines van het kernteam wordt gezien.	≥ 50%
9. De visie en werkwijze van het team.	Ontwikkelings- en herstelgericht
10. Het percentage van de face-to-face contacten dat extern plaats vindt.	≥ 50%

# Inleiding

**F**lexible ACT (FACT) heeft een voorname rol in het netwerk voor mensen met complexe en ernstige psychiatrische aandoeningen. Dit vraagt om een integrale werkwijze, om creatieve speelruimte en het in gezamenlijkheid innoveren. Het FACT-model stimuleert een team tot het leveren van de best passende diensten, interventies en acties 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 steunbronnen 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 biedt meer kans op herstel. 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 FACT-LVB schaal uit 2015, het promotie-onderzoek van Laura Neijmeijer met bemoedigende uitkomsten en de audits door het CCAF hebben een belangrijke rol gespeeld bij de implementatie van daadwerkelijk goede behandeling voor mensen met een LVB in combinatie met complexe problematiek.

Tot op heden was de FACT-LVB-schaal normerend van aard, wat zeker een bijdrage heeft geleverd voor bijvoorbeeld de inzet van ervaringsdeskundigheid en de leidende rol die de ambulante zorg nu inneemt. Voor startende FACT-teams was de FACT-LVB-schaal 2015 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 waarderend te auditen, zonder de kernprincipes van FACT-LVB los te laten.

Een nieuwe FACT-betrouwbaarheidsschaal voor FACT-LVB-teams 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. In deze beschrijving 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.



In het verleden was het behandelaanbod gefragmenteerd en werd vaak sequentieel of parallel bij verschillende organisaties aangeboden. Met FACT is 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. Altijd is het team in staat flexibel en soepel de intensiteit van zorg op te schalen met ondersteuning van het netwerk en in hun shared caseload de regie te behouden op de coördinatie en continuïteit van zorg. Het nemen van de verantwoordelijkheid voor deze complexe doelgroep in een regio vraagt om een gepast aanbod van consultatie, gerichte casefinding (cliënt is bekend, maar uit beeld) en ongerichte (op zoek naar nieuwe cliënten) casefinding en geïntegreerde bemoeizorginterventies (het ACT-gedeelte van FACT).

FACT-teams in allerlei soorten en maten, specialistisch en generalistisch, stedelijk en ruraal, passen zich razend snel aan en spelen in op de veranderingen binnen de ggz, de Jeugdzorg én in het Sociale Domein. Ambulant gestelde doelen door de cliënt, naast en het netwerk in samenspraak met het FACT-LVB-team zijn leidend ten tijde van een toenemende crisis of opname. Voorkomen moet worden dat een FACT-team ten tijde van een crisis en een eventuele opname de regie over de behandeling verliest en dat daardoor een opname lang of te lang duurt met voornamelijk klinische behandeldoelen.

Men werkt integraal in en samen met het netwerk opnamevoorkomend en op een HIC met het doel een opname zo kort mogelijk te laten duren met daarbij continue afstemming met de cliënt, zijn naasten, de steungroep en het FACT-LVB-team.

Binnen de zorg voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking spreekt men vaak van een ontwikkelingsgerichte, competentiegerichte en/of herstelondersteunende benadering. FACT-LVB-teams beogen de (dreigende) stagnerende ontwikkeling op verschillende levensgebieden (persoonlijke identiteit, sociale contacten, werk/dagbesteding, vrije tijd) bij hun cliënten weer in beweging te brengen en hanteren hierbij een systeembenadering.

Daarbij staat het benutten en versterken van de eigen kracht en de mogelijkheden voor ontwikkeling centraal, in plaats van de ziekteverschijnselen. Dit wil echter niet zeggen dat er geen aandacht is voor de behandeling van ziekteverschijnselen, want bij een deel van de cliënten van FACT-LVB-teams staat de 'psychiatrie' voorop. Het gaat dan om cliënten met (een LVB en) psychotische kwetsbaarheid, angst- en stemmingsstoornissen, of om cliënten met antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornissen. Evenals reguliere FACT-teams richten FACT-LVB-teams zich dus (mede) op behandeling en symptoomreductie ofwel symptomatisch 'herstel'.

Tegelijk is er, qua caseload en dus ook qua doelstelling, een overlap met forensisch FACT. Een deel van de caseload van FACT-LVB-teams bestaat uit cliënten met een forensische achtergrond en/of grensoverschrijdend gedrag. Het doel van FACT-LVB is dus ook het verminderen van de kans op grensoverschrijdend gedrag en recidive door behandeling van risicofactoren, criminogene behoeften en de onderliggende stoornis. Ten grondslag aan de behandeling van forensische cliënten kan het RNR model liggen.

### **Doelgroep**

De doelgroep van FACT-LVB-teams is zeer gevarieerd. FACT-LVB richt zich op mensen met een LVB in combinatie met complexe problematiek. Er is sprake van langdurende gedrags- en/of psychiatrische problematiek in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. Het gaat om mensen die door een scala aan oorzaken de grip op het leven zijn kwijtgeraakt, vaak zelf niet om zorg (kunnen) vragen, die moeilijk te stabiliseren zijn en regelmatig in crisissituaties belanden. Daarnaast kan er sprake zijn van middelenmisbruik, crimineel en risicovol en/of overlastgevend gedrag. Een deel van de cliënten woont zelfstandig, anderen wonen in beschermde woonvormen, verblijven binnen de maatschappelijke opvang of zwerven op straat. In dit werkboek wordt aangesloten bij de bredere Nederlandse definitie van LVB, dus inclusief de groep mensen die vallen onder de definitie zwakbegaafd.

Het spectrum aan diagnoses is breed en omvat onder meer ontwikkelingsstoornissen (autisme, ADHD), niet aangeboren hersenaandoeningen (NAH) en traumagerelateerde problematiek. Mensen met een LVB zijn relatief vaak het slachtoffer van verwaarlozing, mishandeling en misbruik, komen relatief vaak uit multiprobleemgezinnen en hebben een verhoogd risico op hechtingsproblematiek.

Een groot deel van de cliënten heeft verslavingsproblemen. Ook cliënten met psychotische kwetsbaarheid en angst- en stemmingsstoornissen maken deel uit van de doelgroep. Cliënten worden verwezen via de verstandelijk gehandicaptenzorg, de (openbare) ggz of huisartsen.

Een deel van de FACT-LVB-teams richt zich specifiek op cliënten met forensische problematiek. Bij deze cliënten staan emotieregulatiestoornissen, antisociale en gedragsproblemen veelal op de voorgrond. Het gedrag wordt weliswaar niet altijd door de cliënten zelf als een probleem ervaren, maar vaak wel door hun directe omgeving of door de samenleving, en de motivatie tot gedragsverandering laat dan ook vaak te wensen over. Forensische cliënten worden vooral verwezen via de reclassering of rechtstreeks via de penitentiaire inrichting (PI).

Net als bij reguliere FACT-clieënten strekt de problematiek zich uit over meerdere levensgebieden. Kenmerkend voor mensen met een LVB zijn de beperkingen in de sociale aanpassing en de zelfredzaamheid. Faalangst, een negatief zelfbeeld maar ook zelfoverschatting komen regelmatig voor, en velen hebben moeite om zich staande te houden in het contact met anderen en instanties. Problematiek op het gebied van wonen, werk en financiën komt veelvuldig voor.

Mensen met een LVB en complexe problematiek hebben een specifieke begeleiding nodig. Allereerst is het belangrijk om met de begeleiding aan te sluiten bij zowel het cognitieve als het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt, en bij zijn

belevingswereld en interesses.

De afstemming luistert nauw en in de praktijk betekent dit dat aanpassingen in het tempo, taalgebruik en de houding van de hulpverlener noodzakelijk zijn. Mensen met een LVB willen net als ieder ander serieus genomen worden en hun eigen keuzes maken. Tegelijkertijd hebben zij behoefte aan structuur en zijn zij gebaat bij duidelijke grenzen en regels.

In de dagelijkse praktijk vraagt dit van hulpverleners enerzijds een meer directieve/regulerende aanpak en anderzijds een meer coachende/ondersteunende begeleidingsstijl, afhankelijk van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt (Ten Wolde, 2006).

Het is belangrijk om cliënten niet te overvragen, maar ook niet te onderschatten. Om een emotioneel veilige situatie te creëren, is het opbouwen van een vertrouwensrelatie essentieel. Een betrokken, accepterende en niet oordelende houding is daarbij van belang.

De behandeling en begeleiding richt zich op de positieve kanten van de cliënt, op wat hij wel kan en wat hij nog kan leren. Het opdoen van succeservaringen en het voorkomen van faalervaringen is belangrijk om het zelfbeeld van cliënten te verbeteren (Van Dijk e.a., 2008). Dat kan onder andere door het werken met kleine, afgebakende en haalbare (sub)doelstellingen.

Deze versie van de FACT-schaal, de FACTs-LVB 2024, is ontwikkeld in opdracht van het CCAF door K. Westen, M. van Vugt, M. Bähler, H. Kroon en Ph. Delespaul, in samenwerking met het Platform FACT-LVB, werkveld, financiers, cliëntenorganisaties en naastbetrokkenen.



## Voorbeelden uit de praktijk

*“Het generalistische FACT-LVB-team is vandaag te gast in het gemeentehuis van een kleine gemeente. Een verpleegkundige van het Sociale Wijkteam, de lokale POH-GGZ, een buurtregisseur van de gemeente en een straatcoach sluiten hier altijd aan. Dit multidisciplinaire team zonder vast kantoor, bestaande uit kernteamleden vanuit de ggz, verslavingszorg, jeugdzorg en verstandelijk gehandicapte zorg, 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 bord met gedeelde cliënten besproken met de netwerkpartners. Vandaag staat onder andere een bezoek van de systeemtherapeut met een medewerker van het wijkteam aan een cliënt en zijn ouders gepland om in gezamenlijkheid acties te formuleren bij eerder gestelde doelen. Een FACT-medewerker bezoekt vanmiddag, na overleg in de steungroepen, met twee cliënten de voetbalvereniging om hen te ondersteunen bij het aanhaken bij een nieuw op te zetten dameselftal. 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 een gezonde ontwikkeling 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 gewenste integratie en participatie in de maatschappij.”*

*“Het specialistische FACT-LVB-team voor mensen met verslavingsproblematiek, het enige in deze middelgrote stad, bestaat uit 15 medewerkers vanuit één organisatie, inclusief psychiater, 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, evenals het telefoonnummer en emailadres van het team. Het biedt cliënten, familieleden en netwerkpartners de mogelijkheid digitaal informatie op te zoeken, het tevredenheidsonderzoek in te vullen, te reageren op nieuwe berichten, het team van feedback te voorzien en laagdrempelig contact te leggen ter informatie of consultatie. 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 de snelle bereikbaarheid, het transparante behandelaanbod en openbare veiligheidsbeleid door externen als meerwaarde gezien.”*

# Achtergrondinformatie

De informatie in de achtergrondinformatielijst is noodzakelijk voor FACT-LVB-teams om een overzicht te verkrijgen van hun doelgroep (casemix) in relatie tot de context waarin, en de steunbronnen waarmee, de zorg geboden wordt. Het team heeft zicht op de doelgroep, zodat het team met de juiste interventies kan aansluiten bij de doelen van de individuele cliënten. De achtergrondinformatielijst wordt op deze wijze ook gebruikt door de auditoren van het CCAF ter voorbereiding op de audit. Zie de website van het CCAF ([www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)) voor de digitale versie die tevens dient te worden ingevuld ter voorbereiding op een audit van het CCAF.

**Lees meer over modelgetrouwheidsmetingen op [www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)**



## BESCHRIJVING VAN HET FACT-TEAM

Omschrijving	
1. Teamnaam	
2. Bestaansduur (in maanden)	
3. Aantal FTE	
4. Aantal medewerkers	
5. Aantal cliënten	
6. Cliënt/hulpverlener ratio	
7. Werkgebied (postcodes/plaatsnaam/regio)	
8. Andere aanbieders voor dezelfde doelgroep in werkgebied.	
9. Aantal inwoners in het werkgebied	
10. Er zijn minimaal vier disciplines (zoals in Deel A) aanwezig in het kernteam. Welke?	
11. Aantal cliënten op de wachtlijst	
12. Gemiddelde doorlooptijd wachtlijst in dagen	
13. Inclusiecriteria	
14. Exclusiecriteria	
15. Instroom cliënten 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 opnames in de GGZ/PAAZ/(SGL)VG/Forensische zorg/verslavingszorg in afgelopen 6 maanden (vrijwillig/onvrijwillig).	
18. % cliënten met ontwikkelingsstoornissen	
19. % cliënten met een Wvggz/Wzd-maatregel (specificeer de ambulante dwangmaatregelen; dwangmedicatie, urinecontrole, enz.)	
20. % cliënten met psychotische stoornis	
21. % cliënten met psychiatrische én verslavingsdiagnose	
22. % cliënten met schoolverzuim/-uitval	
23. % cliënten met hechtings-/persoonlijkheidsproblematiek	
24. % cliënten met traumagerelateerde problematiek	
25. % 0-12, 12-18, 18-23 jaar	
26. Welke sociale (multi)media, eHealth/mHealth en gezondheidstechnologische interventies worden ingezet?	
27. Welke vormen van ambulante dwang worden toegepast (indien van toepassing)?	
28. Aantal keer p.w. FACT-Bordoverleg	
29. Het team kan op flexibele wijze de zorg intensiveren indien noodzakelijk.	
30. Het team heeft in zijn visie en werkwijze een duidelijke ontwikkelings- en herstelgerichte focus.	
31. % van de f-t-f contacten extern	

## FACT LVB - Achtergrondinformatie

	In kernteam (direct aanstuurbaar)	In netwerk (structurele samenwerking)	Niet aanwezig/niet beschikbaar	Opmerkingen
32. Het team biedt psychiatrische en psychologische interventies (benoem welke).	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
33. Het team biedt interventies m.b.t. verslaving.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
34. Het team biedt forensische interventies.	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 vaktherapie.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
41. Het team beschikt over orthopedagogische of kinder- en jeugdpsychologische/psychiatrische kennis en/of interventies.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
42. Het team beschikt over begeleiding op het gebied van wonen en zelfzorg.	Ja/Nee	Ja/Nee	Kruis aan indien afwezig/niet beschikbaar	
43. Het team biedt.....	Ja/Nee	Ja/Nee		

## TEAMSAMENSTELLING EN PROFESSIONALISERING

Het is voor een FACT-LVB-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](http://www.ccaf.nl)) voor de digitale versie die tevens dient te worden ingevuld ter voorbereiding op een audit van het CCAF.

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

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





## DEEL A: DE STRUCTUURITEMS

In Deel A van de FACTs-LVB 2024 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: Er is voor gekozen om een teamlid maximaal 1 deskundigheid te kunnen laten scoren naast item 3 t/m 8.
- De formule voor item 1: Aantal Fte van het kernteam/Aantal cliënten
- De formule voor item 2: Aantal medewerkers met  $\geq 0.67$  Fte/Aantal medewerkers X 100
- De formule voor items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 en 11: Fte van het kernteam x 100/aantal cliënten in het team.

<b>1. Kleine caseload</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
De cliënt/hulpverlener verhouding van het kernteam is 10:1.	>20 cliënten	20-18	17-14	13-11	maximaal 10 cliënten
<b>2. Teamverband</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Minimaal 50% van de kernteamleden heeft een aanstelling van 0,67 Fte bij het team.	0-19%	20-29%	30-39%	40-49%	Minimaal 50%
<b>3. Psychiater</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 cliënten is minstens 0,5 Fte psychiater aangesteld in het kernteam en minstens 0,2 Arts VG.	<0,2Fte	0,20-0,39	>0,40	>0,40 + >0,2 Arts VG	>0,50 + >0,2 Arts VG
<b>4. GZ/Klinisch Psycholoog/ Orthopedagoog</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 cliënten is minstens 1 Fte K&J/GZ/Klinisch psycholoog/Orthopedagoog aangesteld in het kernteam.	<0,3Fte	0,30-0,59	0,60-0,88	0,89-0,99	$\geq 1$ Fte
<b>5. Stysteemtherapeut</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 cliënten is minstens 1Fte systeemtherapeut aangesteld in het kernteam.	<0,3Fte	0,30-0,59	0,60-0,88	0,89-0,99	$\geq 1$ Fte
<b>6. Verpleegkundige</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 cliënten is er tenminste 1Fte verpleegkundige aangesteld, waarvan 0,5Fte op HBO-niveau en 0,5Fte verpleegkundig specialist.	<1Fte	$\leq 1$ Fte met min. 0,5Fte HBO	$\geq 1$ Fte met min. 1Fte HBO	>1Fte met min. 0,5Fte HBO + 0,5 Fte SPV	>1Fte met min. 0,5Fte HBO + 0,5Fte VS
<b>7. Agogen / Maatschappelijk / Juridisch deskundigen</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 cliënten zijn er ten minste 2Fte HBO-geschoolde agogen, maatschappelijk en/of juridisch geschoolde deskundigen.	<0,60 Fte	0,60-1,18	1,18-1,76	1,76-1,99	$\geq 2$ Fte
<b>8. Arbeid- en scholingsdeskundige</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 cliënten is er tenminste 0,5Fte gespecialiseerd in het veld van arbeid- en scholingsrehabilitatie aangesteld.	<0,20 Fte	0,20-0,29	0,29-0,39	0,40-0,49	$\geq 0,5$ Fte

<b>9. Deskundigheid op het gebied van ervaringsdeskundigheid</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 cliënten zijn er tenminste 0,6 (betaalde) Fte medewerkers met ervaringsdeskundigheid met formele opleiding (MBO+). Deskundigheid als cliënt en als familielid is aanwezig. De cliënt ED, familie ED en professional met ED zijn aanwezig.	<0,3 Fte	0,3-0,59	≥0,6	≥0,6 met min. 0,3 Fte formele opleiding (MBO+)	≥0,6 Fte met formele opleiding (MBO+). De cliënt ED, familie ED en professional met ED zijn aanwezig.
<b>10 Deskundigheid op het gebied van somatiek</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 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
<b>11. Deskundigheid op het gebied van verslaving</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Per 100 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
<b>12. Zelfsturing en autonomie</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
(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.
<b>13. Flexibele Zorg</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
(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.
<b>14. Teambenadering</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Alle cliënten zien minimaal 4 disciplines van het kernteam per jaar (incl. hoofdbehandelaar).	<50%	50-59%	60-73%	74-89%	>90%
<b>15. Dagelijks FACT-Bordoverleg</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	3x per week		4x per week		5x per week
<b>16. Outreach</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving, meer dan 70% van de contacten vindt buiten de instelling plaats.	<50% van de F-t-F contacten buiten het eigen kantoor.	50-59%	60-69%	70-79%	>80%

## DEEL B: DE THEMA'S

*Deel B van de FACTs-LVB 2024 geeft een FACT-LVB-team richting: aan welke thema's dient het team te werken en aan welke thema's dient het team extra aandacht te geven gezien de casemix, steunbronnen, context en teamsamenstelling?*

Het Deel B van de FACTs-LVB 2024 wordt gemeten op een schaal van 1 tot en met 8.

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

Een goede kwaliteitscyclus van het FACT-LVB-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-LVB-team voor staat en voor gaat. Mocht uw FACT-LVB-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.

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

*“Het FACT-LVB-team Zuid van onze organisatie heeft na de casemix-analyse helder gekregen dat er in de totale caseload 30 cliënten met de diagnose PTSS zijn. Hierop is de actie ondernomen om vanuit dat FACT-team EMDR te gaan aanbieden door de psycholoog met de juiste opleiding in hun kernteam. Ons FACT-LVB-team Noord, in de andere stad van onze organisatie, heeft minder cliënten met deze diagnose en geen geschikt personeelslid en wij maken nu gebruik van hun psycholoog, nu ook een beetje onze psycholoog. Uiteraard zijn de acties van de psycholoog opgenomen in onze behandelplannen van FACT Noord en sluit zij regelmatig aan bij onze behandelplanbesprekingen en FACT-overleggen om de voortgang te bespreken.”*

*“Nu we veel jongvolwassenen ondersteunen bij hun transitie naar zelfstandig wonen, hebben we een 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.”*

*“Wanneer onze cliënten 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 en andere betrokken externe hulpverleners en vrijwilligers. 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 cliënten 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 LHBTQI+-deskundige met ervaringsdeskundigheid. Mijn komst was en is meer dan welkom nadat uit 10% van de assessments 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 mee de fotografiegroep en geef themagerichte filmavonden.”

“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-LVB-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 steunbronnen in het gehele netwerk van huisarts, Wmo-teams tot klinische afdelingen. 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 voordelig voor de gehele caseload. Belangrijk is dat het kernteam het op- en afschalen qua zorgintensiteit en -inhoud regisseert.

Intensivering van de zorg in de vorm van ACT maakt een belangrijk onderdeel uit van de werkwijze. FACT draait om flexibiliteit in aanbod en intensiteit afgestemd op de cliënt en de risico's. Bijvoorbeeld ten tijde van zorgintensivering bij of ter voorkoming van een crisis, dreigend grensoverschrijdend (delict)gedrag of ten tijde van zorgintensivering bij life-events en positieve ontwikkelingen (woning, school, werk, geboorte, enz.). Belangrijk uitgangspunt is dat hoe hoger het risico, hoe intensiever de zorg zal zijn vanuit het team en het betrokken netwerk. Borging van niet ingeplande tijd en ruimte, om het ACT-gedeelte te kunnen uitvoeren, in de agenda's van de medewerkers is hierbij voordelig, evenals een regisserende en organiserende functie in het netwerk. Flexibilisering wordt zichtbaar tijdens het ochtend- (FACT-bord)overleg en in de beschreven procedures (in bijvoorbeeld het Teamdocument).

Een ander onderdeel betreft de *fasering van zorg*: het nauwkeurig laten aansluiten van de doelen en interventies bij de fase waar de cliënt zich in bevindt ten einde het individuele herstelproces te ondersteunen. Op deze wijze wordt zorg op maat gewaarborgd en wordt de eigen regie van cliënten bevorderd en voorkomen dat het team te bevoogdend of te veeleisend op treedt. Fasering van zorg kan ten uitvoer worden gebracht met behulp van enkele erkende wijzen van fasering, zoals de fasen van herstel, gedragsverandering of (verslavings)behandeling. De beargumenteerde en verantwoorde keuze is aan het team.

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 hoogte van het risico, de (criminogene) behoeften, de responsiviteit en de beschermende factoren en de fase van het herstelproces waarin de cliënt zich bevindt; de zorg wordt zo wenselijk/nodig op- en afgeschaald.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items zichtbaar te zijn tijdens het dagelijkse FACT-overleg en in behandelplannen.

*Een FACT-LVB-team faciliteert en ondersteunt het op gang brengen van herstel, participatie en een (dreigende) stagnerende ontwikkeling. De leden van het FACT-LVB-team stimuleren cliënten in hun ontwikkeling op het gebied van persoonlijke identiteit, sociale contacten, school of werk en vrije tijd. Het team geeft hier vorm aan door zich te richten op zowel het persoonlijke, als het maatschappelijke, als het symptomatische domein. Deze drie domeinen, thema 2, 3 en 4 geven onder meer inhoud aan het beschreven behandelplan en de geboden behandeling.*

## ■ ■ THEMA 2:

### **Persoonlijk domein**

Het FACT-LVB-team heeft aandacht voor het *persoonlijke domein* van de cliënt wanneer het team de eigenheid en identiteit van de cliënt herkent en erkent en men er als team gezamenlijk naar handelt. De dubbele of soms driedubbele stigmatisering die cliënten van een FACT-LVB-team ten deel valt bemoeilijkt het herstel- en ontwikkelingsproces van deze cliënten in hoge mate. Herstel dient plaats te vinden binnen een veilige context. Veilig voor cliënten, medewerkers en maatschappij.

Er is ruimte voor de individuele ontwikkeling van de cliënt en de eigen krachten van de cliënt en het gezinssysteem, evenals dat er ruimte is voor het worstelen met de eigen (culturele, seksuele, spirituele) identiteit en emoties als rouw en verdriet. Er is aandacht voor het tegengaan van zelfstigmatisering, ook door naasten, andere maatschappelijke partijen en het team heeft zelf ook aandacht voor de eigen mate van stigmatisering van hun cliënten. Hier komt uit voort dat het team in goed overleg verantwoorde risico's (vanuit hulpverlenersperspectief) durft te nemen en onverantwoorde risico's met de betrokkenen bespreekt als ethisch dilemma om tot een gezamenlijk gedeeld besluit te komen. Een hoopvolle, presente houding van het team mag als basis gezien worden. Elkaar hierbij ondersteunen, elkaar erop aanspreken en een aansprekende hoopvolle taal tijdens overlegvormen maakt dit zichtbaar en gezamenlijk gedragen. Vanzelfsprekend komt deze hoopvolle taal en benaderingswijze terug in de geschreven teksten van het team 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 en het cliëntensysteem.
- 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.
- 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, behandelplannen en tijdens het dagelijkse FACT-Bordoverleg, alsmede tijdens het cliënten- en naasten tevredenheidsonderzoek.

## ■ ■ THEMA 3:

### Maatschappelijk domein

Een FACT-LVB-team biedt ondersteuning in het *maatschappelijk domein* van de cliënt door oog te hebben voor de verschillende maatschappelijke rollen van de cliënt in het leven en daar passende ondersteuning voor te bieden. Dit is praktisch mogelijk middels het gebruik van participatie- en/of (herstel)ondersteunende assessmenttools. Ondersteuning gebeurt op basis van de door de cliënt geuite wensen en doelen op de verschillende domeinen ‘zelfzorg en wonen’, ‘sociaal netwerk’ en ‘scholing, werk en vrije tijdsbesteding’. 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 steunbronnen van zowel de cliënt 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. De focus kan liggen op het verkrijgen van scholing, hobby's of een bijbaan en bij anderen op het verkrijgen van onderdak, het voorkomen van dak- en thuisloosheid en het op orde krijgen van de financiën, terwijl soms het gezin, de groei naar zelfstandigheid, eenzaamheid en het gebrek aan sociale steunbronnen, 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 tijdsbesteding” 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 tijdsbesteding”.
- Het team faciliteert en ondersteunt de realisatie van de doelen binnen het domein “werk, scholing en vrije tijdsbesteding” 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 diagnostische procedure.

## ■ ■ 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, (proces)diagnostiek, behandeling en interventies passend bij de doelgroep mensen met LVB 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 Psychologische, Systemische en Pedagogische Interventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Het aanbod van interventies is passend bij de doelgroep en de casemix.
- De deskundigen op het gebied van systemische interventies en ontwikkelingsstoornissen spelen zichtbaar een initiërende rol.

#### 4.2 Psychiatrische Interventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Medicatiemanagement
- Het aanbod van interventies is passend bij de doelgroep en de casemix.

#### 4.3 Somatische Interventies

- State-of-the-art en geïntegreerd screenen, diagnosticeren, behandelen en op effect evalueren.
- Het aanbod van interventies is passend bij de doelgroep en de casemix.
- Somatiek wordt in volledige breedte behandeld, indien nodig met actieve verwijzing en Opvolging.

#### 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 passend bij de doelgroep mensen met LVB.
- 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 mee brengt. 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.

In gezamenlijkheid met de cliënt en het persoonlijke netwerk van de cliënt worden de doelen in het behandelplan opgesteld en door naasten kunnen doelen worden ingebracht. De rol van naasten wordt concreet beschreven in de behandelplannen. In gezamenlijkheid met de cliënt en het professionele netwerk worden doelen gesteld en het professionele netwerk kan doelen inbrengen. De rol van de netwerkpartners wordt concreet beschreven in de behandelplannen. Op deze wijze neemt het FACT-LVB-team een regisserende coördinatiefunctie op zich en overziet de totale zorg om herstel en ontwikkeling te kunnen bevorderen, opnames te voorkomen en de opnameduur te kunnen verkorten.

De aangeboden en beschreven interventies van het team, zoals in thema 4, dienen beschikbaar te zijn voor de gehele caseload. Het team motiveert, indien noodzakelijk, cliënten 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 en externe partners. Besluitvorming over de behandeling komt in gezamenlijkheid tot stand (cliënt, naasten, team en netwerk). 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 passend bij de doelgroep 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-LVB-team neemt de verantwoordelijkheid in hun werkgebied op zich om alle cliënten behorende tot de doelgroep van het betreffende team passende ondersteuning te bieden. 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-LVB-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/Wvggz/Wzd) maatregelen te nemen om de veiligheid te herstellen.
- Het team is integraal en 24/7 verantwoordelijk voor het registreren van het op- en afschalen van zorg, ook wanneer opnameafdelingen, crisisdienst, huisarts en sociale wijkteams betrokken zijn bij de cliënt. Buiten kantoortijden en in afwezigheid van het team dient het anticiperend en preventief crisisbeleid hiervoor toereikend te zijn.
- 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 van groot belang om de regie op de behandeling zo snel en zo veel als mogelijk te laten bij de cliënt en zijn zelf gekozen steunbronnen. De noodzaak tot het ontvangen van zorg van het FACT-LVB-team dient zo lang als nodig en zo kort als mogelijk te zijn en persoonlijke en professionele ondersteuning vanuit het netwerk van de cliënt is van evident belang tijdens en na de FACT-behandeling. Het team betreft het netwerk bij de team- en behandelplanevaluaties, ondersteunt het netwerk met de best passende behandelvormen voor de doelgroep en ondersteunt en motiveert het oprichten van vormen van zelfhulp door en voor het persoonlijke netwerk.

Een FACT-LVB-team werkt voor een bepaalde doelgroep in een bepaalde maatschappelijke context in een bepaald werkgebied. 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 op alle gebieden vraagt een breed en actief netwerk van professionele interne en externe steunbronnen. De intensiteit van de samenwerkingsrelatie kan verschillen afhankelijk van de door de doelgroep gedeelde doelen en wensen. De ene partner schuift dagelijks aan bij het dagelijkse FACT-overleg 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, via beeldbellen of per email kan worden bereikt.

Een positieve werkrelatie is zowel naar externe contacten, als naar interne contacten van belang. Het actief beheren van netwerkrelaties met behulp van voorlichtingsbijeenkomsten, aangeboden consultaties, attenties of bijwonen van zorgafstemmingsgesprekken met klinische opname afdelingen behoort hier zeker toe.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

#### 7.1 Betrokkenheid en Samenwerking met het Sociale Netwerk van de Cliënt

- Er is een laagdrempelig (individueel en/of groeps-)aanbod van het team aan naasten.
- Het team ondersteunt 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

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

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-LVB-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 van buiten het team uitgenodigd of om hulp gevraagd, bijvoorbeeld van het KFZ, het Trimbos Instituut of De Borg. Dit kan ondersteunend zijn bij een individuele casus, een ethisch dilemma of ter ondersteuning van teamprocessen. In formelere zin dient er de mogelijkheid te zijn en actief aangeboden te worden van een second-opinion. Daarnaast is er een kwaliteitscyclus zichtbaar in het handelen van het FACT-LVB-team. Naarmate een team scherper heeft waar zijn kwaliteiten, krachten en uitdagingen liggen kunnen alle acties op het gebied van kwaliteit en innovatie daar op afgestemd worden. De kennis en kunde die daarmee opgedaan wordt kan binnen en buiten de organisatie gedeeld worden ter bevordering van de inhoudelijke ontwikkeling van het 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 ontwikkelings- en 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 consultatiefunctie.
- Er wordt gebruik gemaakt van een second opinion waar nodig.

#### 8.3 Planning en Controle Cyclus op Teamniveau

- Het team heeft een beschreven verbeterplan in het Teamdocument waarin doelen en acties staan.
- 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 cliënten, naasten en netwerkpartners, 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 itemscore 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 de 6 in deel B worden toegekend wanneer er sprake is van een 'voorbeeldfunctie'. Het realistische maximum is dus 11 punten.

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

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



