



Flexible ACT



CCAF

WERKBOEK

2016

Het FACT-werkboek is ontwikkeld om goede ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen te blijven door 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	4
Professionalisering	6
Deel A: De Structuuritems	7
Deel B: De Thema's	9
Thema 1: Flexibilisering van zorg	10
Thema 2: Persoonlijk Herstel	11
Thema 3: Maatschappelijk Herstel	12
Thema 4: Symptomatisch Herstel	14
Thema 5: Planning en Controle op Individueel Cliëntniveau	15
Thema 6: Crisis en Veiligheid	17
Thema 7: Samenwerking met het Netwerk	19
Thema 8: Kwaliteit en Innovatie	20
De Dag van de Audit	22
Bijlage 1: Handleiding deel A	23
Bijlage 2: Dossieronderzoek	24

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. Daarnaast bereidt het werkboek u optimaal voor op een audit van het CCAF.

U kunt zich als team voorbereiden door alle hoofdstukken te doorlopen en eventuele aanvullende en ondersteunende informatie in de bijlagen op te zoeken. De auditoren van het CCAF maken gebruik van dezelfde informatie ter voorbereiding op de audit en op de dag van de audit. Let op dat de samenhang van de verschillende onderdelen misschien wel de grootste toets is: voor welke doelgroep levert u uw diensten (casemix), welke diensten levert u en passen die bij uw doelgroep en met wie levert u die diensten en heeft u uw resources voldoende geborgd in en om de cliënt en/of het 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 gekozen is om te spreken van een kernteam. Dit betreft de leden die consequent tot het team en alle bijbehorende overlegvormen behoren. Dit kunnen medewerkers van verschillende organisaties zijn die allen direct aanstuurbaar zijn vanuit één centraal orgaan en multidisciplinair integrale zorg bieden. Eventuele andere medewerkers en disciplines die niet tot het kernteam behoren zijn niet direct aanstuurbaar, zijn wel opgenomen in de behandelplannen en zijn systematisch of op indicatie aanwezig bij teamoverleggen en dragen bij aan de multi agency approach (het gecoördineerd samenwerken van medewerkers van verschillende organisaties).

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

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

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 ernstige psychiatrische aandoeningen in de ambulante zorg. Tot op heden was de FACT-schaal zeer 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 en is de FACT-schaal Versie 1 uit 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 waarderend te auditen, zonder de kernprincipes van FACT los te laten.

“Het generalistische 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.”

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 én in het Sociale Domein.

De opkomst van de Praktijkondersteuner bij de Huisarts met GGZ specialisatie (POH-GGZ) enerzijds en de ontwikkeling van High Intensive Care units (HIC) anderzijds hebben de mogelijkheden tot het op- en afschalen van zorg in de gehele GGZ-keten geborgd. Voorheen waren er minder step down alternatieven (denk aan de huisarts) en kon FACT-zorg mogelijk onnodig en herstelbelemmerend lang duren. Met de huidige toename van de GGZ-expertise bij de huisarts is het delen van de somatische verantwoordelijkheid verantwoord en mogelijk en is de huisartsenpraktijk een logisch vervolg op FACT-zorg ten tijde van 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 de volledige keten opnamevoorkomend en op een HIC met het doel een opname zo kort mogelijk te laten duren 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 allerhande Sociale Wijkteams en andere gemeentelijke initiatieven ter bevordering van de burgerparticipatie en zelfmanagement. Zij dragen mede verantwoordelijkheid voor belangrijke hersteldomeinen als wonen, werken en sociale contacten. De uitvoering kent vele vormen, maar het betreft onbetwist een nieuwe speler in de wijk mét potentie. Namelijk met de potentie om een rol te spelen in het netwerk rondom cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen ten behoeve van het herstel van rollen op de verschillende domeinen.

Beiden veranderingen, zowel in de GGZ als 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). De gehele keten spreekt nu dezelfde herstelgerichte taal en er is de mogelijkheid tot het adequaat op- en afschalen van zorg in de keten. FACT-teams kunnen zich nu werkelijk open stellen. Daadwerkelijk volledig outreachend de wijken in gaan om de cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen te laten integreren, participeren en vooral te laten verbinden met het lokale “normale” netwerk van familie, naasten, vrijwilligers en/of professionals.

Deze nieuwe versie van de FACT-schaal, de FACT-schaal versie 2, 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.

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 resources waarmee de zorg geboden wordt. Het team heeft zicht op de doelgroep, zodat het team met de juiste interventies kan aansluiten bij de doelen van de individuele cliënten. De achtergrondinformatielijst wordt op deze wijze ook gebruikt door de auditoren van het CCAF ter voorbereiding op de audit. Vandaar dat deze informatie uiterlijk 3 weken voor de geplande audit in het bezit dient te zijn van het CCAF met behulp van het digitale formulier dat toegestuurd wordt als onderdeel van de audit.

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

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 interventies (benoem welke).				
34. Het team biedt psychologische interventies (benoem welke), waaronder traumabehandeling.				
35. Het team biedt ervaringsdeskundigheid.				
36. Het team biedt systeemtherapie.				
37. Het team kan beschikken over orthopedagogische of kinder- en jeugdpsychologische/psychiatrische kennis en/of interventies.				
38. Het team kan beschikken over toeleiding naar werk en scholing.				
39. Het team kan beschikken over kennis en interventies m.b.t. verslaving.				
40. Het team kan beschikken over kennis en interventies m.b.t. somatiek.				
41. Het team kan beschikken over justitiële kennis en ondersteuning.				
42. Het team kan beschikken over LVB kennis en geschikte interventies.				
43. Het team kan beschikken over begeleiding op het gebied van wonen en zelfzorg.				
44. Het team biedt.....				

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 kan met behulp van onderstaande tabel worden gegeven. Deze informatie dient ook 3 weken voorafgaand aan een audit door het CCAF in het bezit te zijn van het CCAF met behulp van het digitale formulier dat u toegezonden wordt na aanmelding.

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

Enkele aandachtspunten bij het invullen:

- Stagiaires hoeft u alleen te vermelden als zij minstens 1 jaar bij het team stage lopen
- Vrijwilligers hoeft u alleen te vermelden als er een vrijwilligerscontract is.
- Als een teamlid langer dan 3 maanden ziek is, graag aangeven.
- Als een teamleider leiding geeft aan meerdere teams, geeft u het aantal uur aan dat deze teamleider aan dit team besteedt.
- Vul de personeelsvacatures in FTE in die de afgelopen twaalf maanden (of vanaf de startdatum van het team) voor het team gesteld onder de kop "Vacature".

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

Deel A: De Structuuritems

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

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

1. Kleine caseload	1	2	3	4	5
De cliënt/hulpverlener verhouding van het kernteam is 15:1.	>30 cliënten	30-26	25-20	19-16	maximaal 15 cliënten
2. Teamverband	1	2	3	4	5
Minimaal 50% van de kernteamleden heeft een aanstelling van 0.78 FTE bij het team.	0-19%	20-29%	30-39%	40-49%	Minimaal 50%
3. Psychiater	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is minstens één FTE psychiater aangesteld in het kernteam.	<0,1 FTE	0,2-0,39	0,40-0,69	0,70-0,99	1 FTE
4. Psycholoog	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten zijn minstens 1,6 FTE psychologen aangesteld in het kernteam.	< 0,3 FTE	0,4-0,7	0,8-1,1	1,2-1,5	Minimaal 1,6 FTE
5. Verpleegkundige	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten zijn er tenminste vier verpleegkundigen aangesteld waarvan tenminste 2 SPV/verpleegkundig specialist. (Alleen verpleegkundigen met minimaal een Hbo-opleiding worden gerekend.)	<1 FTE + rest categorie	1-1,99 FTE of > 3 FTE zonder SPV/VVS of 1-2,99 FTE met 1 SPV/VVS	2-2,99 FTE of > 3 FTE met 1 SPV/VVS	3-3,99 FTE, waarvan 2 SPV/VVS	4 FTE of meer, waarvan 2 SPV/VVS
6. Maatschappelijk / Juridisch deskundige	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is er ten minste 0,8 FTE maatschappelijk en/of juridisch geschoolde deskundige.	<0,2 FTE	0,2-0,39	0,4-0,59	0,6-0,79	0,8 FTE
7. Arbeidsdeskundige	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is er tenminste 1 FTE gespecialiseerd in het veld van arbeidsrehabilitatie aangesteld.	<0,3 FTE	0,3-0,69	0,70 - 0,99	1	> 1 FTE
8. Deskundigheid op het gebied van ervaringsdeskundigheid	1	2	3	4	5
Het team beschikt over 2 teamleden met ervaringsdeskundigheid met in totaal minimaal 1,2 FTE.	<0,2 FTE door 2 mede werkers of < 0,4 FTE door 1	0,2-0,39 FTE door 2 mede werkers of 0,4-0,69 FTE door 1	0,4-0,79 FTE door 2 mede werkers of > 0.7 FTE door 1	0,8-1,1 FTE door 2 mede werkers	Minimaal 1,2 FTE door 2 mede werkers

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.	<0,1 FTE	0,2-0,39	0,40 - 0,69	0,70-0,99	1 FTE
10. Deskundigheid op het gebied van verslaving	1	2	3	4	5
Per 200 cliënten is er tenminste 1 FTE met verslavingsdeskundigheid aangesteld.	<0,1 FTE	0,2-0,39	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 0,8 FTE hulpverleners met kennis op gebied van LVB aangesteld.	<0,2 FTE	0,2-0,39	0,4-0,59	0,6-0,79	0,8 FTE
12. Zelfsturing en autonomie	1	2	3	4	5
(1) Het team heeft de aansturende en coördinerende rollen in het team belegd. (2) Vaste medewerkers bewaken actief de toepassing van het 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 van zorg. (3) Het team hanteert heldere criteria voor het afsluiten van de zorg. (4) Het formele en informele netwerk wordt betrokken bij de uitvoering van flexibele zorg.	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 5 teamleden 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: aan welke thema's dient het team te werken en aan welke thema's dient het team extra aandacht te geven gezien de casemix, resources, context en teamsamenstelling? Het Deel B van de FACT-schaal wordt door het CCAF gescoord aan de hand van de verzamelde informatie tijdens de waarderende audit op een schaal van 1 tot en met 8.

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

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

Voor wie, met wie en wat?

"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."

"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* op- en af te schalen binnen het FACT-team en in de gehele keten 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 voorwaardelijk. Belangrijk is dat er geregisseerd vanuit het kernteam indien wenselijk wordt op- en afgeschaald qua zorgintensiteit. Borging van tijd en ruimte om het ACT-gedeelte te kunnen uitvoeren in de agenda's van de medewerkers is hierbij voorwaardelijk, evenals een regisserende en organiserende functie in het netwerk. Zichtbaar wordt flexibilisering tijdens het ochtend (FACT-)overleg en in de beschreven procedures (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 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. Zichtbaar wordt de fasering 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. Het kunnen beschrijven van deze zorg in interviews vormt een onderdeel tijdens een audit-dag.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

- 1) Flexibele zorg is zichtbaar tijdens het FACT-overleg.
- 2) Fasering van zorg is zichtbaar in het behandelplan en er wordt op flexibele wijze uitvoering aan gegeven.
- 3) De intensiteit van zorg is passend bij de fase van het herstelproces waarin de cliënt zich bevindt; de zorg wordt zo wenselijk/nodig flexibel op- en afgeschaald en bindende, proactieve assertieve hulpverlening is mogelijk om drop-out te voorkomen.
- 4) Er is sprake van een teambenadering, waarbij de deskundigheid van meerdere teamleden actief wordt ingezet.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items zichtbaar te zijn tijdens het dagelijkse FACT-overleg, in behandelplannen, tijdens de interviews en het cliënten/naastenpanel. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

Score:

Argumentatie:

.....
.....
.....
.....

Thema 2: Persoonlijk Domein

Een FACT-team heeft het ondersteunen van het herstelproces van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen als missie. Het team geeft hier vorm aan door zich te richten op zowel het persoonlijke, als het maatschappelijke, als het symptomatische domein. Deze onderdelen zullen apart besproken en beoordeeld worden.

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

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

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

- 1) De identiteit en eigenheid van de cliënt wordt door het team gezien en daar wordt in gezamenlijkheid naar gehandeld.
- 2) Hoopvolle houding gericht op een open en positief toekomstbeeld.
- 3) Het team durft risico's te nemen.
- 4) Het team gaat uit van de eigen kracht van de cliënt.

Om een optimale score te behalen dienen al deze items zichtbaar te zijn in het team tijdens de observatie van het dagelijkse FACT-Bordoverleg en de interviews, alsmede tijdens het cliënten- en naastenpanel op de auditdag. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

Score:

Argumentatie:

.....
.....
.....
.....

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 ondersteuning voor te bieden. Dit is praktisch mogelijk middels het gebruik van participatie- en/of herstelondersteunende assessmenttools. Ondersteuning gebeurt op basis van de door de cliënt geuite wensen en doelen op de verschillende domeinen 'zelfzorg en wonen', 'sociaal netwerk' en 'werk en vrije tijd'. 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 als het team en de casemix zullen de mogelijke interventies bepalen, alsmede de focus. 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 verdiend.

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

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

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

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

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

Om een optimale score te behalen dienen de items alle cliënten te kunnen bereiken en passend te zijn bij de individuele cliënt. Dit is terug te zien tijdens het dagelijkse FACT-overleg, in behandelplannen, in de intake- en assessmentprocedure en de interviews. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

De items ...3.1... ...3.2... ...3.3... vragen om verbetering en aanbevelingen richten zich voornamelijk op deze items (doorhalen welke niet van toepassing is of zijn).

Score:

Argumentatie:

.....
.....

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 caseload.
- 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. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

De items ...4.1... ...4.2... ...4.3... ...4.4... vragen om verbetering en aanbevelingen richten zich voornamelijk op deze items (doorhalen welke niet van toepassing is of zijn).

Score:

Argumentatie:

.....

.....

.....

.....

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 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 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-team een regisserende coördinatiefunctie op zich en overziet de totale zorg om herstel te kunnen bevorderen, opnames te voorkomen en de opnameduur te kunnen verkorten.

De aangeboden en beschreven interventies van het team, zoals in thema 4, dienen beschikbaar te zijn voor de gehele caseload, dan motiveert het 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 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, in behandelplannen en tijdens de interviews. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

De items ...5.1... ...5.2... vragen om verbetering en aanbevelingen richten zich voornamelijk op deze items (doorhalen welke niet van toepassing is of zijn).

Score:

Argumentatie:

.....

.....

.....

Thema 6: Crisis en Veiligheid

Het team heeft oog voor de veiligheid van de cliënt, zijn omgeving en de medewerkers van het team. Het streeft naar een minimale noodzaak tot crisisinterveniëring en minimale veiligheidsrisico's. Om dit te bereiken heeft het team beleid geïmplementeerd dat bestaat uit risicotaxatie en het aanbieden van evidence-based interventies op het gebied van crisispreventie en vroegsignalering. Het team voert een crisisbeleid uit dat preventief en zo nodig assertief en proactief is. Uiteraard dient het aanbod passend te zijn bij de casemix en de maatschappelijke context.

Het FACT-team ondersteunt de cliënt bij zijn herstelproces en zet zich in om maatschappelijke teloorgang, terugval en crisis te voorkomen. Inzet van preventieve assertieve (bemoeizorg)interventies, zorgintensivering en samenwerking met relevante partners zijn hierbij van belang. Een rol als poortwachter bij klinische opname en ontslag is gewenst. Het FACT-team monitort continu de veiligheid van zowel de cliënt, het FACT-team als de omgeving en is verantwoordelijk om indien noodzakelijk te interveniëren. Het team beschikt over een beschreven veiligheidsbeleid en past dit toe. Cliënten kunnen gebruik maken van forensische interventies en beschikken over een individueel afgestemd crisis(preventie)beleid.

De volgende items vormen samengevat de toetsing:

6.1 Assertieve Proactieve Crisisinterventies

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

6.2 Veiligheid en Risico's

- Gebruik van risicotaxatie (-instrumenten) passend bij doelgroep. Ter preventie van suicide, maatschappelijke teloorgang, agressie en delicten.
- Er is een aanbod van forensische interventies beschikbaar waar gebruik van wordt gemaakt en op effect wordt geëvalueerd. Trainingen op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Dit kan zowel groepsgewijs als individueel. Het team heeft daarnaast een aanbod voor delictspecifieke problemen als huiselijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar actief door.
- 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.

Om een optimale score te behalen dienen de items alle cliënten te bereiken en passend te zijn bij de individuele cliënt. Dit is terug te zien in het Teamdocument, tijdens het dagelijkse FACT-overleg, in behandelplannen, in de intake- en assessmentprocedure en de interviews. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

De items ...6.1... ...6.2... vragen om verbetering en aanbevelingen richten zich voornamelijk op deze items (doorhalen welke niet van toepassing is of zijn).

Score:

Argumentatie:

.....
.....

Thema 7: Samenwerking met het Netwerk

Een betrokken *samenwerking met het netwerk* van de cliënt is van groot belang om de regie op het herstelproces zo snel als mogelijk te laten bij de cliënt en zijn zelf gekozen resources. De noodzaak tot het ontvangen van zorg van het FACT-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 teamevaluaties, ondersteunt het netwerk met de best passende behandelvormen voor de doelgroep en ondersteunt en faciliteert het oprichten van vormen van zelfhulp door het persoonlijke netwerk.

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 professionele interne en externe resources. De intensiteit van de samenwerkingsrelatie kan verschillen afhankelijk van de door de doelgroep gedeelde doelen en wensen. De ene partner schuift dagelijks aan bij het dagelijkse FACT-overleg en maakt onderdeel uit van het 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

- 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 minimaal jaarlijks tevredenheidsonderzoek van cliënten, naasten en 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 resources.

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. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

De items ...7.1... ...7.2... vragen om verbetering en aanbevelingen richten zich voornamelijk op deze items (doorhalen welke niet van toepassing is of zijn).

Score:

Argumentatie:

.....
.....

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 beschreven in het Teamdocument en blijven medewerkers zich inhoudelijk ontwikkelen. Het scholingsbeleid is afgestemd op de doelgroep, de werkwijze en de geboden behandeling. Het team staat open voor stagiaires en andersoortige samenwerkingsverbanden met opleidingsinstituten.

Door het team worden regelmatig externe deskundigen uitgenodigd of om hulp gevraagd. Dit kan ondersteunend zijn bij een individuele casus, een ethisch dilemma of ter ondersteuning van teamprocessen. In formelere zin dient er de mogelijkheid te zijn en actief aangeboden te worden van een second-opinion.

Daarnaast is er een kwaliteitscyclus zichtbaar in het handelen van het FACT-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 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 consultatie-functie.
- Er wordt gebruik gemaakt van een second opinion waar nodig.

8.3 Planning en Controle Cyclus op Teamniveau

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

8.4 Innovatie van Zorg

- Bonuspunten of aftrekpunten voor een alternatieve en/of innovatieve en/of gezondheidstechnologische aanpak van het team waarmee het zich in positieve of negatieve zin onderscheidt. Maximaal -3 of +3.

FACT-WERKBOEK

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. Aan de hand van gekregen en verkregen informatie is het aan de auditoren om tot een beargumenteerde score te komen op een schaal van 1 tot 8.

De items ...8.1... ...8.2... ...8.3... ...8.4... vragen om verbetering en aanbevelingen richten zich voornamelijk op deze items (doorhalen welke niet van toepassing is of zijn).

Score:

Argumentatie:

.....
.....
.....
.....

Bonuspunten:

Argumentatie:

.....
.....
.....
.....

De Dag van de Audit

De dag van de audit volgt een strak schema, zoals hieronder beschreven staat. Het FACT-team dient in de voorbereiding op de audit het Teamdocument te verzenden naar het CCAF inclusief de achtergrondinformatielijst en de professionaliseringslijst. Er dienen ook twee brieven ingediend te worden, geschreven door twee samenwerkingspartners van het team, waarin de samenwerking wordt beschreven, geëvalueerd en gekoppeld aan enkele aanbevelingen aan het FACT-team. De auditoren zullen zich met behulp van deze informatie voorbereiden.

Vorbereiding:

1. De auditoren nemen de brieven, het Teamdocument, de achtergrondinformatie en de professionaliseringslijst door en formuleren hun eerste vragen en opmerkingen.

Tijdens de dag van de audit:

08:30 - 08:45 – Kennismaking met het team

08:45 - 09:30 – Observatie dagelijkse FACT-Bordoverleg

09:30 – 11:00 – Interview met 2 teamleden (Leidinggevende en een lid Kernteam)

Tijdens het interview staan m.n. de thema's 1, 5, 7 en 8 op de agenda. De teamleden mogen zich hierop voorbereiden door voorbeelden in te brengen in het gesprek en documenten te overleggen (bijvoorbeeld protocollen, posters aan de muur, het Teamdocument, behandelplannen, signaleringsplannen, geplastificeerd fasemodel, enzovoorts).

11:00 – 12:30 – Dossieronderzoek

Tijdens het dossieronderzoek worden 15 dossiers (10 in reguliere zorg en 5 in opgeschaalde zorg) gelicht en getoetst op actualiteit, de items 12 en 14 uit Deel A, op de aanwezigheid van een crisisbeleid, gefaseerde (verslavings-)interventies, gezamenlijke besluitvorming en evaluatie en de aanwezigheid van door de cliënt geformuleerde doelen op verschillende domeinen in het bijzijn van 2 teamleden. Zie de observatielijst Dossieronderzoek in bijlage 1.

12:30 – 14:00 – Cliënten- en Naastbetrokkenenpanel, inclusief lunch

Het team heeft 5 cliënten en 3 naasten bereid gevonden en uitgenodigd voor deze focusgroep. Onder begeleiding van de eerste auditor en in afwezigheid van teamleden wordt deze focusgroep uitgevoerd in een aparte ruimte.

14:00 – 15:30 – Interview met 2 teamleden met een behandel functie (Psychiater en behandelend lid Kernteam)

Tijdens het interview staan m.n. de thema's 2, 3, 4 en 6 op de agenda. De teamleden mogen zich hierop voorbereiden door voorbeelden in te brengen in het gesprek en documenten te overleggen (bijvoorbeeld protocollen, posters aan de muur, het Teamdocument, behandelplannen, signaleringsplannen, geplastificeerd fasemodel, enzovoorts).

15:30 – 16:30 – Dossierbespreking

Tijdens de dossierbespreking laten twee teamleden 5 behandeltrajecten zien waar zij trots op zijn en 2 behandeltrajecten die vastgelopen zijn aan de hand van de behandelplannen. De auditoren geven sturing aan de inhoud van het gesprek door te kiezen voor dossiers en thema's.

16.30- 16.45 Nabespreking 2 auditoren

16:45 – 17:00 – Gezamenlijke afronding met het team

Tijdens de afronding is er de ruimte voor het team om zaken te benoemen die niet ter sprake zijn gekomen, alsmede de ervaren steun vanuit de eigen organisatie.

Vragen?

Hebt u nog vragen naar aanleiding van dit document? Neem contact op met het bureau van het CCAF:

- Vragen over de planning van audits en praktische zaken kunt u stellen aan één van de secretaresses van het CCAF, Gonne-Marieke Kroon-Lamers via g.kroon-lamers@ccaf.nl of Charlotte Bal via c.bal@ccaf.nl
- Vragen over de inhoudelijke voorbereiding van audits kunt u stellen aan de inhoudelijke auditbegeleider van het CCAF, Jaco Takkenkamp, via j.takkenkamp@ccaf.nl
- Overige vragen kunt u stellen aan de directeur certificering van het CCAF, Margret Overdijk, via m.overdijk@ccaf.nl

Bijlage 1: Dossieronderzoek

Tijdens het dossieronderzoek worden 15 dossiers (10 in reguliere zorg en 5 in opgeschaalde zorg) gelicht en getoetst op de items 12 en 14 uit Deel A, op de aanwezigheid van een crisisbeleid, gefaseerde (verslavings)interventies, gezamenlijke besluitvorming en evaluatie en de aanwezigheid van door de cliënt geformuleerde doelen op verschillende domeinen in het bijzijn van 2 teamleden. Zie de observatielijst Dossieronderzoek in deze bijlage.

Het dossieronderzoek heeft twee fasen:

1. Inzage in één dossier ter kennismaking

Tijdens de audit zullen de twee auditoren eerst samen één (elektronisch) dossier inzien waarvan de cliënt toestemming tot inzage heeft gegeven. Dit dient om de auditoren te laten zien hoe het EPD is opgebouwd en hoe de informatie is gestructureerd, en dat maakt de uitvoering van het verdere dossieronderzoek makkelijker. In dit onderdeel kijken de auditoren mee op het scherm.

2. Het feitelijke dossieronderzoek

Na gezamenlijke inzage in het ene dossier gaan de auditoren elk een aantal dossiers onderzoeken. Om de tijdsdruk te beperken neemt elk van de auditoren plaats tegenover een teamlid en vindt het geanonimiseerde dossieronderzoek plaats. Er wordt dus in twee ploegen gewerkt achter twee verschillende schermen. De auditoren bepalen welke dossiers worden beoordeeld en maken ad random keuze uit de dossiers (kiezen bijvoorbeeld de tweede achternaam beginnend met letter B.). Auditor 1 kiest uit A t/m K. Auditor 2 kiest uit L t/m Z.

De auditoren vragen het teamlid om het betreffende dossier te openen en vragen een aantal items van de schaal uit. Voorbeelden van vragen die worden gesteld zijn: is er een behandelplan? Wanneer is dit opgesteld en is het ondertekend en in bezit van cliënt? Wat zijn de behandeldoelen, hoe frequent is cliënt door welke teamleden gezien, etc. Het teamlid beantwoordt de vragen van de auditoren door letterlijk op te lezen wat er in de dossiers staat en noemt daarbij géén namen van de cliënt.

Zo worden de dossiers afgewerkt zonder dat de auditoren een naam of privé gegevens van de patiënten te zien krijgen.

Creëer voor het dossieronderzoek een setting waar de auditoren tegenover de betrokken teamleden kunnen zitten zonder dat zij inzage in de dossiers kunnen hebben. Zorg voor een handige schrijfplek voor de auditoren. Idealiter vindt het dossieronderzoek ook plaats in twee aparte ruimtes: dat is rustiger werken.

Dossiers: 10 reguliere cliënten (in niet opgeschaalde zorg)

Dossier	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Thema 7 : Steunsteem: zowel f-t-f als telefonisch contact over afgelopen 6 mnd: bij hoeveel % van cliënten										
Thema 6.3: Preventief crisisbeleid: het individuele crisisbeleid wordt traditioneel en systematisch opgesteld en geëvalueerd (noteer de datum van het crisisplan)										
Thema 5.1: P&C cyclus: a. In bhp moet zichtbaar zijn dat huisarts, familie, netwerkpartners betrokken zijn. b. Er wordt minimaal 1x per jaar een ROM uitgevoerd (noteer de afnamedatum en welke instrumenten), het bhp is <1jr oud.										
Thema 4.4: Verslavings-interventies: worden expliciet benoemd, beschreven en flexibel / gefaseerd ingezet										
Thema 3.3: Rollen cliënt: binnen het domein <u>werk</u> en <u>vrije tijd</u> zijn de rollen van de cliënt zichtbaar										
Thema 3.2: Rollen cliënt: binnen het domein <u>sociaal netwerk</u> zijn de rollen van de cliënt zichtbaar										
Thema 3.1: Rollen cliënt: binnen het domein <u>zelfzorg</u> en <u>wonen</u> zijn de rollen van de cliënt zichtbaar										
Thema 1.2: Fasering van de zorg: het is zichtbaar in welke fase de cliënt zich bevindt en dat de interventies hierbij aansluiten.										
Item 14 Outreach: % contacten buiten GGZ (turf het totaal aantal contacten en check wáár de contacten plaatsvinden)										
Item 12: Teambenadering: aantal verschillende disciplines in f-t-f contact per jaar										

Dossiers: 5 cliënten in opgeschaalde zorg (op het FACT-Bord)

Thema 7 : Steunstelsel: zowel f-t-f als telefonisch contact over afgelopen 6 mnd: bij hoeveel % van cliënten					
Thema 6.3: Preventief crisisbeleid: het individuele crisisbeleid wordt triadisch en systematisch opgesteld en geëvalueerd (noteer de datum van het crisisplan)					
Thema 5.1: P&C cyclus: a. in bhp moet zichtbaar zijn dat huisarts, familie, netwerkpartners betrokken zijn. b. Er wordt minimaal 1x per jaar een ROM uitgevoerd (noteer de afnamedatum en welke instrumenten), het bhp is <1jr oud.					
Thema 4.4: Verslavings-interventies: worden expliciet benoemd, beschreven en flexibel / gefaseerd ingezet					
Thema 3.3: Rollen cliënt: binnen het domein <u>werk</u> en vrije tijd zijn de rollen van de cliënt zichtbaar					
Thema 3.2: Rollen cliënt: binnen het domein <u>sociaal netwerk</u> zijn de rollen van de cliënt zichtbaar					
Thema 3.1: Rollen cliënt: binnen het domein <u>zelfzorg en wonen</u> zijn de rollen van de cliënt zichtbaar					
Thema 1.2: Fasering van de zorg: het is zichtbaar in welke fase de cliënt zich bevindt en dat de interventies hierbij aansluiten.					
Item 14 Outreach: % contacten buiten GGZ (turf het totaal aantal contacten en check wár de contacten plaatsvinden)					
Item 12: Teambenadering: aantal verschillende disciplines in f-t-f contact per jaar					
Dossier	1	2	3	4	5