

# Scoreformulier FACT-LVB schaal

Definitieve versie, juni 2015

Het intellectueel eigendom van de FACTschaal berust bij het CCAF. Aan de ontwikkeling van de FACT-LVB schaal hebben bijgedragen: Laura Neijmeijer (Trimbos-instituut) en het Landelijk Platform FACT-LVB.

Aan de ontwikkeling van de originele FACTS hebben bijgedragen: Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois en Niels Mulder.

Aan de doorontwikkeling van de FACT-LVB schaal t.b.v. toepassing van de schaal voor audits door het CCAF hebben bijgedragen: Hans Kroon (Trimbos Instituut), Michiel Bähler (GGZ Noord-Holland-Noord), Philippe Delespaul (Universiteit Maastricht) en Koen Westen (Avans Hogeschool).

criterium	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

## TEAMSTRUCTUUR

1. KLEINE CASELOAD Cliënt/hulpverlener-verhouding van 13:1 (incl. behandelaren, excl. secretariële ondersteuning, hulpverleners i.o. voor de helft)	≥ 30 cliënten/hulpverlener of meer.	25 – 30	20 - 25	14 - 20	Maximaal 13 cliënten per 1 fte hulpverlener.
2. PERSONEELSBEZETTING Het team werkt met een volledige personeelsbezetting, d.w.z. een minimum aan vacatures.	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het team heeft het afgelopen jaar een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
3a. TEAMVERBAND BIJ ENKELVOUDIG TEAM De teamleden hebben een enkel en substantieel dienstverband voor het team. (aantal fte / teamleden; incl. psychiater, excl. secretariael personeel)	Gemiddeld lager dan 0,50.	Gemiddeld tussen 0,50 en 0,59.	Gemiddeld tussen 0,60 en 0,69	Gemiddeld tussen 0,70 en 0,79	Gemiddeld 0,80 of hoger.
3b. TEAMVERBAND BIJ SAMENGESTELD TEAM De teamleden hebben een substantieel dienstverband voor het FACT-team (aantal fte / teamleden, excl. secretariael personeel) en werken daarnaast minimaal 0,1 fte bij hun moederorganisatie.	Gemiddeld lager dan 0,40 voor FACT.	Gemiddeld tussen 0,40 en 0,49 voor FACT.	Gemiddeld tussen 0,50 en 0,59 voor FACT <u>of</u> minstens 0,50 voor FACT, maar minder dan 0,10 fte voor moederorganisatie.	Gemiddeld tussen 0,60 en 0,69 voor FACT <u>en</u> minimaal 0,10 fte bij moederorganisatie.	Gemiddeld 0,70 of hoger voor FACT <u>en</u> minimaal 0,10 fte bij moederorganisatie.
4. PSYCHIATER / AVG Het team beschikt over een psychiater met een formatie van minimaal 0,5 fte per 100 cliënten. Bij voorkeur beschikt het team ook over een AVG voor minimaal 0,2 fte.	Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,20 fte psychiater in dienst	Het team heeft per 100 cliënten 0,20 - 0,29 fte psychiater in dienst	Het team heeft per 100 cliënten 0,30 - 0,39 fte psychiater in dienst	Het team heeft per 100 cliënten 0,40 - 0,49 fte psychiater in dienst	Het team heeft per 100 cliënten minstens 0,50 fte psychiater in dienst
5. GEDRAGSDESKUNDIGE Per 100 cliënten is minstens 1 fte gedragsdeskundige aangesteld in het team, waarvan minimaal de helft van deze formatie orthopedagoog generalist of GZ-psycholoog	Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,20 fte gedragsdeskundige in dienst.	0,20 – 0,49	0,50 – 0,79	0,80 – 0,99	Het team heeft per 100 cliënten minstens 1 fte gedragsdeskundige in dienst.

Criterion	1	2	3	4	5
<p><b>6. AGOGEN EN VERPLEEGKUNDIGEN</b>            Beoordeel de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het team heeft per 100 cliënten minstens 1fte agogen (o.a. MW, SPH, SJD, SPW, IW) in dienst.</li> <li>- Het team heeft per 100 cliënten minstens 1fte verpleegkundigen in dienst.</li> <li>- Het team heeft per 100 cliënten minstens 1 fte VS/SPV in dienst (kan overlappen met verpleegkundige).</li> <li>- In totaal heeft het team 4 fte van bovenstaande disciplines per 100 cliënten.</li> <li>- Van de totale formatie agogen en verpleegkundigen is minimaal 75% HBO opgeleid.</li> </ul>	Het team voldoet aan maximaal 1 criterium.	Het team voldoet aan 2 criterium.	Het team voldoet aan 3 criteria.	Het team voldoet aan 4 criteria.	Het team voldoet aan alle 5 criteria.
<p><b>7. SYSTEEMDESKUNDIGHEID</b>            Het team beschikt per 100 cliënten over minimaal 1 fte systeemdeskundigheid. Het betreft behandelaars of begeleiders met gedegen scholing en ervaring (&lt;5 jaar geleden) in het behandelen en begeleiden van systemen.</p>	Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,20 fte aan systeemdeskundigheid in dienst.	0,20 – 0,49	0,50 – 0,79	0,80 – 0,99	Het team heeft per 100 cliënten minstens 1 fte aan systeemdeskundigheid in dienst.
<p><b>8. VERSLAVINGSDESKUNDIGHEID</b>            Het team beschikt per 100 cliënten over 1 fte verslavingsdeskundigheid. Het betreft behandelaars of begeleiders met gedegen scholing of ervaring (&lt;5 jaar geleden) op het gebied van verslaving en verslavingszorg.</p>	Het team heeft minder dan 0,20 fte verslavingsdeskundigheid op 100 cliënten.	0,20 -0,49	0,50 - 0,79	0,80 - 0,99	Het team beschikt per 100 cliënten over 1 fte verslavingsdeskundigheid.
<p><b>9. TRAJECTBEGELEIDER</b>            Het team beschikt over een hulpverlener die gedegen geschoold en gespecialiseerd is in toeleiding naar en begeleiding op werk, school en dagbesteding.</p>	Het team beschikt over minder dan 0,2 fte trajectbegeleider.	0,2 – 0,29	0,3 – 0,39	0,4 - 0,49	Het team beschikt per 100 cliënten over 0,5 fte trajectbegeleider.
<p><b>10. ERVARINGSDESKUNDIGHEID</b>            Het team beschikt over een ervaringsdeskundige (met ervaring op het gebied van de VG, de GGZ en/of de VZ) die voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de ervaringsdeskundige wordt</li> </ul>	Het team voldoet aan max 1 criterium.	Het team voldoet aan 2 criteria.	Het team voldoet aan 3 criteria.	Het tem voldoet aan 4 criteria.	Het team voldoet aan 5 criteria.

Criterion	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ingezet in het directe cliëntencontact de ervaringsdeskundige is (op werkdagen) standaard aanwezig bij de briefings</li> <li>- de ervaringsdeskundige heeft een aanstelling van 0,5 fte op 100 cliënten</li> <li>- de ervaringsdeskundige heeft een relevante opleiding genoten (of zit in opleidingstraject tot ED)</li> <li>- de ervaringsdeskundige heeft een werknemerscontract (geen vrijwilliger).</li> </ul>					
<p>11. PERSOONLIJK BEGELEIDER/ CASEMANAGER/DOSSIERHOUDER Het team heeft minimaal 4,5 fte aan persoonlijk begeleiders (met een minimale caseload van 5 cliënten per PB) voor 100 cliënten.</p>	Het team heeft per 100 cliënten minder dan 3,0 fte aan persoonlijk begeleiders.	3,0 – 3,5 fte per 100 cliënten.	3,5 – 4,0 fte per 100 cliënten.	4,0 – 4,5 fte per 100 cliënten.	Het team heeft per 100 cliënten minstens 4,5 fte aan persoonlijk begeleiders.
<b>TEAMPROCES</b>					
<p>12. SHARED CASELOAD Alle cliënten in een FACT team zien 4 teamleden per jaar, waaronder de psychiater en de gedragsdeskundige.</p>	Minder dan 30% cliënten heeft een-op-een contact met 4 teamleden per jaar.	30%-49% van de cliënten heeft een-op-een contact met 4 teamleden per jaar.	50%-69% van de cliënten heeft een-op-een contact met 4 teamleden per jaar.	70%-89% van de cliënten heeft een-op-een contact met 4 teamleden per jaar.	90% of meer van de cliënten heeft een-op-een contact met 4 teamleden per jaar.
<p>13. SHARED CASELOAD TIJDENS ZORGINTENSIVERING Cliënten die intensieve zorg nodig hebben, zien minstens 3 teamleden per 4 weken.</p>	Minder dan 30% van de cliënten die intensieve zorg krijgen heeft een-op-een contact met minstens 3 teamleden per 4 weken.	30% - 49% van de cliënten heeft een-op-een contact met minstens 3 teamleden per 4 weken.	50% - 69% van de cliënten heeft een-op-een contact met minstens 3 teamleden per 4 weken.	70% - 89% van de cliënten heeft een-op-een contact met minstens 3 teamleden per 4 weken.	90% of meer van de cliënten die intensieve zorg krijgen heeft een-op-een contact met minstens 3 teamleden per 4 weken.
<p>14. BORDOVERLEG / BRIEFING Het team komt doordeweeks dagelijks bij elkaar om de hulpverlening voor alle cliënten die intensieve zorg nodig hebben (dus op het bord staan) te plannen en door te nemen.</p>	Het team komt 1 keer per week bij elkaar en bespreekt alle cliënten die op het bord staan.	2 keer per week.	3 keer per week.	4 keer per week.	Het team komt 5 keer per week bij elkaar en bespreekt alle cliënten die op het bord staan.
<p>15. OPKOMST BORDOVERLEG Bij de bespreking van het (F)ACT-bord zijn in principe alle op die dag werkzame</p>	De opkomst van de teamleden is < 60%	De opkomst van de teamleden is 60% - 70%	De opkomst van de teamleden is 70% - 80%	De opkomst van de teamleden is 80% - 90%	De opkomst van de teamleden is 90% of meer.

criterium	1	2	3	4	5
teamleden aanwezig.					
16. MULTIDISCIPLINAIR BEHANDELPLAN Behandelplannen worden multidisciplinair (door ten minste 4 verschillende disciplines) opgesteld.	< 50% van de behandelplannen wordt multidisciplinair opgesteld.	50%-69%	70%-79%	80%- 89%	90% of meer van de behandelplannen wordt multidisciplinair opgesteld.
17. BEHANDELPLAN: BETROKKENHEID CLIËNT EN NAASTBETROKKENEN Beoordeel de volgende criteria: - Het behandelplan wordt opgesteld in zorgvuldig overleg met de cliënt (>80%) - Het behandelplan wordt opgesteld in zorgvuldig overleg met naastbetrokkenen (>80%). - Doelen, interventies en afspraken zijn geformuleerd in de taal van de cliënt zelf (>80%) - De cliënt en zijn naastbetrokkenen hebben het behandelplan in eigen bezit (>80%) - In ieder behandelplan zijn doelen geformuleerd gericht op persoonlijke ontwikkeling / vergroten van competenties op verschillende terreinen (>80%)	Er wordt aan geen of 1 van de criteria voldaan	Aan max 2 criterium wordt voldaan	Aan max 3 criteria wordt voldaan	Aan max 4 criteria wordt voldaan	Aan alle 5 criteria wordt voldaan
18. TEAMLEIDER Beoordeel de volgende criteria: - De teamleider levert regelmatig (>30%) directe hulpverlening aan cliënten als teamlid - Bewaakt actief de toepassing van het FACT model - Is standaard (op werkdagen) aanwezig bij het bordoverleg - Is standaard (op werkdagen) aanwezig bij behandelplan-besprekingen en/of MDO's	De teamleider voldoet aan geen van de 4 criteria	De teamleider voldoet aan 1 criterium	De teamleider voldoet aan 2 criteria	De teamleider voldoet aan 3 criteria	De teamleider voldoet aan 4 criteria

criterium	1	2	3	4	5
<p>19. CRITERIA PLAATSING BORD  Het team hanteert helder omschreven criteria voor het plaatsen van cliënten op het bord: (1) toename van psychiatrische symptomen, gedragsproblemen, overlast, middelengebruik, delictgedrag (2) dreigende systeemcrisis, verergering systeemproblematiek (3) zorgmijndend gedrag (4) tijdens en na een opname- of detentieperiode, (5) wijziging van behandeling (bijv. andere medicatie of therapie), (6) life events, (7) nieuwe cliënten.</p>	Het team hanteert 0-2 criteria.	Het team hanteert 3 criteria.	Het team hanteert 4 à 5 criteria.	Het team hanteert 6 criteria.	Het team hanteert de 7 criteria.
<p>20. PROCEDURE PLAATSING BORD BIJ OPSCHALING  Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het opnemen van cliënten met acute extra zorg- of beveiligingsbehoefte op het bord, ofwel voor opschaling van zorg, waarin de volgende onderdelen zijn opgenomen: (1) Ieder teamlid kan een cliënt op het bord plaatsen, (2) in werking treden van crisisplan, (3) cliënt en netwerk worden geïnformeerd, (4) cliënt wordt binnen een week gezien door de hoofdbehandelaar, (5) zo nodig melding naar 7 x 24 uurs dienst, kliniek, veiligheidshuis en reclassering.</p>	1 onderdeel is zichtbaar	2 onderdelen zijn zichtbaar	3 onderdelen zijn zichtbaar	4 onderdelen zijn zichtbaar	5 onderdelen zijn zichtbaar
<p>21. PROCEDURE BORD AF  Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het van het bord afhaken van cliënten, ofwel voor afschaling van zorg, waarin de volgende stappen of acties zijn opgenomen: (1) deze beslissing vindt plaats door het team tijdens het FACT overleg, (2) de cliënt en zijn netwerk worden geïnformeerd, (3) de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met team, (4) en met de cliënt en diens naasten, (5) zo nodig wordt het crisisplan bijgesteld (6) en wordt het behandelplan aangepast.</p>	1 onderdeel is zichtbaar	2 onderdelen zijn zichtbaar	3 onderdelen zijn zichtbaar	4 onderdelen zijn zichtbaar	5 onderdelen zijn zichtbaar
22. CONTACTFREQUENTIE t.t.v.	Gemiddeld 1 f-t-f	1-2 f-t-f per week	2-3 f-t-f per week	3-4 f-t-f per week	Gemiddeld 4 of meer

criterium	1	2	3	4	5
<p>INTENSIEVE ZORG</p> <p>Clënten die op het bord staan wegens ernstige toename van symptomen, crisis, systeemproblematiek, overlast of verwaarlozing, en personen uit hun systeem worden frequent bezocht.</p>	contact per week of minder per cliënt(systeem).				f-t-f contacten per week per cliënt(systeem).
<p>23. CONTACTFREQUENTIE t.t.v. MINDER INTENSIEVE ZORG</p> <p>'Stabiele' cliënten en personen uit hun systeem worden regelmatig door het team gezien.</p>	Gemiddeld minder dan 0.5 ftf contacten per week per cliënt(systeem)	Gemiddeld 0.5 tot 1 ftf contacten per week per cliënt(systeem)	Gemiddeld 1 tot 1.5 ftf contacten per week per cliënt(systeem)	Gemiddeld 1.5 tot 2 ftf contact per week per cliënt(systeem)	Gemiddeld 2 of meer f-t-f contacten per week per cliënt(systeem).
<p><b>DIAGNOSTIEK, BEHANDELING EN INTERVENTIES</b></p>					
<p>24. (PROCES)DIAGNOSTIEK</p> <p>Het team verricht zorgvuldige en uitgebreide (proces)diagnostiek. Hierbij gelden de volgende criteria: (1) de diagnostiek bestaat uit algemene, ontwikkelings-, psychiatrische en systeemdiagnostiek, (2) de (proces) diagnostiek wordt voor een belangrijk deel uitgevoerd door het team zelf, (3) bij de diagnostiek worden de hulpbehoeftes op de verschillende levensdomeinen in kaart gebracht, (4) alle cliënten worden tijdens de diagnostische fase gezien door een hoofdbehandelaar.</p>	Er wordt geen diagnostiek verricht. Aan geen van de criteria wordt voldaan.	Aan 1 criterium wordt voldaan.	Aan 2 criteria wordt voldaan.	Aan 3 criteria wordt voldaan.	Aan alle 4 criteria wordt voldaan.
<p>25. RISICOTAXATIE / -SCREENING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij alle cliënten vindt, ongeacht de juridische status, een vorm van risicotaxatie /-screening plaats</li> <li>- De risicotaxatie / -screening wordt periodiek (minimaal eens per jaar) herhaald</li> <li>- Er wordt gebruikt gemaakt van een gestandaardiseerd instrument</li> <li>- Bij de risicotaxatie /- screening worden zowel de risico's op gevaar voor zichzelf als gevaar voor de omgeving in kaart gebracht.</li> </ul>	Aan geen van de criteria wordt voldaan	Er wordt aan 1 criterium voldaan	Er wordt aan 2 criteria voldaan	Er wordt aan 3 criteria voldaan	Er wordt aan 4 criteria voldaan

criterium	1	2	3	4	5
26. KENNISMAKING. Nieuwe cliënten staan minimaal drie weken op het bord zodat meerdere teamleden en verschillende disciplines hun beeld kunnen vormen en met de cliënt in gesprek kunnen gaan.	Nee	Soms	Gestructureerd, resulterend in indruk van minimaal 3 teamleden op basis van ftf contact	Idem met minimaal 4 teamleden op basis van ftf contact	Idem met minimaal 4 disciplines op basis van ftf contact
27. MULTIDISCIPLINAIRE PRAKTISCHE ZORG Het team biedt outreachende praktische begeleiding: (1) op het gebied van ADL en medicatiegebruik (2) op het gebied van HDL / wonen (3) op het gebied van school/werk/ dagbesteding, (4) in het gezin/bij familiecontacten, (5) naar instanties, (6) in de buurt/ bij (sport)verenigingen, (7) bij financiën / schulden en administratie.	Het team biedt op maximaal 2 onderdelen outreachende praktische individuele begeleiding en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 3 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 4-5 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 6 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt zelf outreachende praktische individuele begeleiding op alle 7 de onderdelen.
28. ACTUEEL BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een cliëntendossier waarin een behandelplan van minder dan een jaar oud is opgenomen.	Minder dan 60% van de cliënten heeft een actueel behandelplan minder dan een jaar oud.	60% - 69%	70% - 79%	80% - 89%	90% of meer van de behandelplannen van de cliënten is minder dan een jaar oud.
29. CRISISINTERVENTIEPLAN Elk(e) cliënt(systeem) heeft een signaleringsplan, crisisinterventieplan en/of terugvalinterventieplan in het EPD. Het plan is recent, volledig en in voor de cliënt begrijpelijke taal geformuleerd.	Minder dan 20% van de cliënten heeft een signaleringsplan, crisisinterventieplan en/of terugvalinterventieplan in het EPD.	20-39%	40-59%	60-79%	80% of meer van de cliënten heeft een signaleringsplan, crisisinterventieplan en/of terugvalinterventieplan in het EPD.
30. MEDICATIEBELEID - Psychofarmaca worden vanuit het team voorgeschreven - Er wordt nauw samengewerkt met huisartsen; er is sprake van onderlinge afstemming. - Er wordt geprotocolleerd gewerkt. - Minimaal eens per half jaar vinden evaluaties plaats met psychiater, cliënt en begeleider/verpleegkundige die aandacht heeft voor goede toepassing in de thuissituatie. - Alle bij de cliënt betrokken medewerkers zijn goed op de hoogte	Aan 1 criterium wordt voldaan.	Aan 2 criteria wordt voldaan.	Aan 3 criteria wordt voldaan.	Aan 4 criteria wordt voldaan.	Aan alle 5 criteria wordt voldaan.



Criterion	1	2	3	4	5
van het medicatiegebruik en van de (bij)werking van de voorgeschreven medicatie.					
<b>31. PSYCHO-EDUCATIE</b> Het team biedt psycho-educatie, die voldoet aan de volgende criteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. de psycho-educatie wordt afgestemd op de behoeften en het ontwikkelingsniveau van de cliënt</li> <li>2. Er is zowel een individueel als een groepsaanbod</li> <li>3. De psycho-educatie richt zich op zowel cliënten als hun (informele) systemen</li> <li>4. Er is tevens een aanbod van psycho-educatie voor formele systemen (zorgaanbieders, dienstverleners)</li> <li>5. De psycho-educatie wordt methodisch geboden</li> <li>6. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende materialen (folders, websites, spelen).</li> <li>7. Er is een specifiek aanbod voor specifieke groepen (bv verslaving, autisme).</li> </ol>	Er wordt voldaan aan maximaal 2 criteria	Er wordt voldaan aan maximaal 3 criteria	Er wordt voldaan aan 4 tot 5 criteria	Er wordt voldaan aan 6 criteria	Er wordt voldaan aan 7 criteria.
<b>32. SPECIALISTISCHE BEHANDELING</b> Het team biedt specialistische (psychologische, orthopedagogische en vaktherapeutische) behandeling door daartoe gekwalificeerde medewerkers	Er is geen specialistische behandeling beschikbaar voor cliënten van het team.	Specialistische behandeling is op verwijzing beschikbaar	Specialistische behandeling is deels vanuit het team, en deels vanuit een ander organisatieonderdeel beschikbaar. Minder dan 20% van de cliënten maakt hiervan gebruik.	Specialistische behandeling is deels vanuit het team, en deels vanuit een ander organisatieonderdeel beschikbaar en minimaal 20% van de cliënten maakt hiervan gebruik.	Het volledige pakket aan specialistische behandeling is vanuit het team beschikbaar en minimaal 20% van de cliënten maakt hiervan gebruik.
<b>33. SYSTEEMINTERVENTIES</b> Het team biedt systeemtherapie en/of geprotocolleerde systeeminterventies door daartoe gekwalificeerde medewerkers	Systeeminterventies worden niet geboden	Systeeminterventies zijn op verwijzing beschikbaar.	Systeeminterventies zijn deels vanuit het team en deels vanuit een ander organisatieonderdeel beschikbaar. Minder dan 20% van de cliëntsystemen maakt hiervan gebruik.	Systeeminterventies zijn deels vanuit het team, en deels vanuit een ander organisatieonderdeel beschikbaar en minder dan 30% van de cliëntsystemen maakt hiervan gebruik.	Het volledige pakket aan systeeminterventies is vanuit het team beschikbaar en minimaal 30% van de cliëntsystemen maakt hiervan gebruik.
<b>34. GEÏNTEGREERDE BEHANDELING VERSLAVINGSPROBLEMATIEK</b>	Aan 0-1 van de criteria wordt voldaan.	Aan 2-3 criteria wordt voldaan.	Aan 4 criteria wordt voldaan.	Aan 5 criteria wordt voldaan.	Aan alle 6 criteria wordt voldaan.

criterium	1	2	3	4	5
<p>(1) Het team heeft kennis van het geïntegreerde behandelmodel voor cliënten met verslavingsproblematiek, (2) Het team heeft geen absolute verwachting t.a.v. geheelonthouding en ondersteunt schadebeperking (3) Het team heeft een individueel en groepsaanbod voor cliënten met verslavingsproblematiek, (4) dit aanbod is toegespitst op LVB-cliënten, (5) het team kent de fasen van gedragsverandering en behandeling en past deze toe (tot uiting komend in behandelplan) en (6) is getraind in Motiverende Gespreksvoering (bij LVB).</p>					
<p>35. BEGELEIDING ONDERWIJS &amp; ARBEID &amp; DAGBESTEDING  Het team ondersteunt en begeleidt cliënten bij het volgen van onderwijs en het vinden (en behouden) van werk of dagbesteding.</p>	<p>Er is onvoldoende aandacht voor ondersteuning bij onderwijs, arbeid en dagbesteding voor cliënten van het team.</p>	<p>Cliënten worden voor begeleiding bij onderwijs, arbeid en dagbesteding verwezen naar een andere instantie of organisatieonderdeel.</p>	<p>Cliënten worden voor begeleiding bij onderwijs, arbeid en dagbesteding systematisch verwezen naar een andere instantie of organisatieonderdeel, waarmee nauwe samenwerkingsafspraken zijn gemaakt.</p>	<p>Het team ondersteunt en begeleidt cliënten actief bij onderwijs, arbeid en dagbesteding.</p>	<p>Het team ondersteunt en begeleidt cliënten actief bij het volgen van onderwijs / vinden van werk. Er wordt gebruik gemaakt van bewezen effectieve interventies (zoals IPS).</p>
<p>36. SOMATISCHE ZORG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het team biedt minimaal jaarlijks en op individuele basis somatische screening aan.</li> <li>- Het beleid is terug te vinden in het behandelplan en de uitkomsten in het EPD.</li> <li>- Het team heeft de mogelijkheid om op indicatie en kortdurend somatische zorg te verlenen.</li> <li>- Het team begeleidt cliënten indien nodig naar de huisarts of de specialistische somatische zorg.</li> <li>- Het team volgt de richtlijnen van de NVAVG.</li> </ul>	<p>Het team voldoet aan max 1 criterium</p>	<p>Het team voldoet aan 2 criterium</p>	<p>Het team voldoet aan 3 criteria</p>	<p>Het team voldoet aan 4 criteria</p>	<p>Het team voldoet aan 5 criteria</p>
<p>37. CONSULTATIEFUNCTIE  Het team biedt consultatie aan andere hulpverleners en instanties, in de vorm</p>	<p>Het team biedt geen consultatie</p>	<p>Het team biedt 1 vorm van consultatie</p>	<p>Het team biedt 2 vormen van consultatie</p>	<p>Het team biedt 3 vormen van consultatie</p>	<p>Het team biedt 4 vormen van consultatie</p>

criterium	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

van:

- Telefonische consultatie
- Mondelinge consultatie (bv bijwonen behandelplanbespreking, presentatie)
- Meelopen op de werkplek / coaching medewerkers
- Training en scholing
- Een triage op verzoek verzorgen en evt. doorgeleiding naar een passende organisatie(vorm).

## ZORGORGANISATIE

38. TOELATINGSPROCEDURE - Cliënten worden volgens een vaste procedure voor FACT LVB zorg geïndiceerd - Er zijn duidelijke indicatiecriteria opgesteld voor FACT LVB - Er wordt gebruik gemaakt van een screeningsinstrument om de FACT LVB cliënten van de overige cliënten te onderscheiden - Binnen 3 maanden wordt maximaal 5% van de cliënten weer terug- of doorverwezen. Er is altijd sprake van een 'warme' overdracht.	Er wordt aan geen van de criteria voldaan	Er wordt aan 1 criterium voldaan	Er wordt aan 2 criteria voldaan	Er wordt aan 3 criteria voldaan	Er wordt aan 4 criteria voldaan
39. WACHTTIJD Cliënten die voldoen aan de indicatiecriteria voor FACT LVB en beschikken over een indicatie voor zorg, worden binnen een maand in zorg genomen.	De wachttijd is langer dan 4 maanden.	<4 maanden	<3 maanden	<2 maanden	< 1 maand
40. 24-UURS BEREIKBAARHEID EN CRISIS - Binnen kantooruren is indien noodzakelijk (crisis) het team binnen 2 uur beschikbaar. - In geval van crisis buiten kantooruren zijn er goede (geprotocolleerde) afspraken met de	Het team kan niet adequaat reageren op crisis binnen kantooruren en heeft geen bereikbaarheid buiten kantooruren. Het team heeft geen afspraken met de 7 x	Het team voldoet aan 1 criterium.	Het team voldoet aan 2 criteria.	Het team voldoet aan 3 criteria.	Het team voldoet aan alle 4 criteria.

Criterion	1	2	3	4	5
<p>crisisdienst over de inzet en de inzet van juridische maatregelen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënten kunnen 24 uur per dag met urgente vragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener.</li> <li>- Het crisis- /signaleringsplan is beschikbaar bij de crisis- of bereikbaarheidsdienst.</li> </ul>	24 uren crisisdienst.				
<p>41. VEILIGHEIDSBELEID</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het team heeft een actueel veiligheidsbeleid (max 1 jaar geleden geëvalueerd en geactualiseerd) dat uitgewerkt is in concrete afspraken en procedures</li> <li>- Het team heeft afspraken met de politie inzake het verlenen van bijstand in gevaarlijke situaties</li> <li>- Het team heeft heldere afspraken over het alleen dan wel in duo's bezoeken van cliënten</li> <li>- Het onderwerp veiligheid en veiligheidsbeleving komt periodiek aan de orde tijdens team- of cliëntbesprekingen</li> </ul>	Er wordt voldaan aan geen van de criteria	Er wordt voldaan aan 1 criterium	Er wordt voldaan aan 2 criteria	Er wordt voldaan aan 3 criteria	Er wordt voldaan aan 4 criteria
<p>42. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME</p> <p>Het team heeft het initiatief bij (kort- en langerdurende) klinische opnames in de VG, de GGZ en de verslavingszorg.</p>	Minder dan 5% van de opnames wordt door het team geïnitieerd.	5 % - 34% van de opnames wordt geïnitieerd door het team.	35% - 64% van de opnames wordt geïnitieerd door het team.	65% - 94% van de opnames wordt geïnitieerd door het team.	95% of meer van de opnames wordt geïnitieerd door het team.
<p>43. CRISISBED</p> <p>Het team kan voor zijn cliënten makkelijk gebruik maken van een crisisbed, een time-out bed en/of een bed op recept.</p>	Het team heeft geen afspraken binnen of buiten de eigen organisatie omtrent het gebruik van crisisbedden, time-out bedden en/of BOR-bedden.		Het team heeft afspraken binnen of buiten de organisatie omtrent het gebruik van crisisbedden, time-out bedden en/of BOR-bedden. Cliënten kunnen soms wel, soms niet geplaatst worden wanneer dat nodig is.		Het team heeft gegarandeerd beschikking over een crisisbed, een time-out bed en/of een BOR. Als een cliënt tijdelijk moet of wil worden opgenomen, is er altijd plaats.
<p>44. BEZOEK BIJ OPNAME</p> <p>Als cliënten van het FACT team zijn opgenomen, worden zij frequent bezocht</p>	Cliënten worden tijdens opname niet bezocht door teamleden en er	Cliënten worden tijdens opname incidenteel bezocht door	Cliënten worden tijdens opname gemiddeld eens per 2-4 weken	Cliënten worden tijdens opname gemiddeld minstens eens per	Cliënten worden tijdens opname gemiddeld minstens

criterium	1	2	3	4	5
door het team. Daarnaast is er contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen.	is geen contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen.	teamleden en/of er is contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen.	bezocht door teamleden. Evt. is er daarnaast contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen.	week bezocht door teamleden. Er is geen contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen.	eens per week bezocht door teamleden. Daarnaast is er contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen.
<b>45. BETROKKEN BIJ PLANNING VAN ONTSLAG</b> Planning van ontslag uit de kliniek gebeurt in afstemming met het team en familieleden. Het team is betrokken bij voortgangsbesprekingen in de kliniek.	Het team is niet betrokken bij voortgangsbesprekingen op de opnameafdeling en/of minder dan 5% van het ontslag van cliënten gebeurt in afstemming met het team en familieleden.	Het team is telefonisch betrokken bij voortgangsbesprekingen op de opnameafdelingen en 5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in afstemming met het team en familieleden.	Het team is betrokken bij de voortgangsbesprekingen op de opnameafdeling en 35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in afstemming met het team en familieleden.	Het team is bij alle cliënten betrokken bij de voortgangsbesprekingen op de opnameafdeling en 65% - 84% van het ontslag van cliënten gebeurt in afstemming met het team en familieleden.	Het team is bij alle cliënten betrokken bij de voortgangsbesprekingen op de opnameafdeling. $\geq 85\%$ van het ontslag van cliënten gebeurt in afstemming met het team en familieleden.
<b>46. UITSCHRIJVING UIT FACT</b> - Minimaal eens per jaar wordt a.d.h.v. expliciet omschreven uitstroomcriteria geëvalueerd of FACT-zorg vanuit het LVB-team nog nodig is - Uitschrijvingen en overdrachten gebeuren altijd in overleg met de cliënt en zijn naastbetrokkenen - De overdracht gebeurt geleidelijk en gecontroleerd - Het team biedt nog enige tijd actief consultatie aan de ketenpartner naar wie wordt doorverwezen - In geval van terugval kan de cliënt binnen een tijdsbestek van twee jaar, binnen 1 week weer in zorg komen van het team.	Het team voldoet aan 1 criterium	Het team voldoet aan 2 criteria	Het team voldoet aan 3 criteria	Het team voldoet aan 4 criteria	Het team voldoet aan 5 criteria
<b>47. GEEN DROP-OUT</b> Het team behoudt het contact met de cliënten en beëindigt de zorg zelden tot nooit op negatieve gronden.	>15% drop outs	10-15% drop outs	8-10% drop outs	3-7% drop outs	0-2% drop outs

## MAATSCHAPPELIJKE ZORG

Criterion	1	2	3	4	5
48. OUTREACHEND Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving; meer dan 80% van de face-to-face contacten vindt plaats buiten de instelling (incl. psychiater / psycholoog)	Minder dan 20% van de f-t-f contacten buiten het eigen kantoor.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	80% of meer van de totale f-t-f contacten buiten het eigen kantoor.
49. CONTACTEN EXTERNE PARTNERS Het team heeft directe lijnen met de volgende organisaties: (1) VG-organisaties, (2) GGZ-instellingen, (3) verslavingszorginstellingen (4) MEE, (5) Woningcorporaties, (6) Schuldhulpverlening, (7) Justitie/reclassering, (8) politie / veiligheidshuis (9) Jeugdzorg (10) (begeleid) woonprojecten (11) werk-leerbedrijven (12) sociale wijkteams	Het team heeft contactpersonen bij minder dan 4 van deze organisaties.	Het team heeft contactpersonen bij 4-5 van deze organisaties.	Het team heeft contactpersonen bij 6-7 van deze organisaties.	Het team heeft contactpersonen bij 8-9 van deze organisaties.	Het team heeft contactpersonen bij 10-12 van deze organisaties.
50. CONTACTEN FORMELE STEUNSYSTEEM Op cliëntniveau heeft het team overleg met allerlei instanties rond de cliënt, zoals werk, MEE, gemeente, wijkagent, en buurtwerkers.	Bij minder dan 20% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> f-t-f- of telefonisch contact met het formele steunsysteem geweest.	Bij 20%-39% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> f-t-f- of telefonisch contact met het formele steunsysteem geweest.	Bij 40%-59% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> f-t-f- of telefonisch contact met het formele steunsysteem geweest.	Bij 60%-79% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> f-t-f- of telefonisch contact met het formele steunsysteem geweest.	Bij 80% of meer van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> f-t-f- of telefonisch contact met het formele steunsysteem geweest.
51. BINDENDE HULPVERLENING Om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel attractieve (inloop, huiskamer etc), assertieve als juridische maatregelen (RM, budgetbeheer etc)	Het team is passief bij het behouden van cliëntcontacten; maakt bijna nooit gebruik van bindende hulpverlening.	Het team doet pogingen tot het behouden van contact met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveerde cliënten.	Het team maakt actief gebruik van één van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op zorgmijdende cliënten.	Het team maakt actief gebruik van twee van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op zorgmijdende cliënten.	Het team past consistent goed overdachte strategieën toe en maakt gebruik van alle drie vormen van bindende hulpverlening gericht op zorgmijdende cliënten.

## MONITORING

criterium	1	2	3	4	5
52. INHOUD ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) Het team neemt bij alle cliënten eens per jaar een ROM af, die ten minste bestaat uit gestandaardiseerde instrumenten om de ernst van de problematiek, risico op (delict)gevaarlijk gedrag en kwaliteit van leven / cliënttevredenheid te meten	Het team neemt bij <20% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten die de ernst van de problematiek, risico op (delict)gevaarlijk gedrag en kwaliteit van leven / cliënttevredenheid meet.	Het team neemt bij 20-39% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten die de ernst van de problematiek, risico op (delict)gevaarlijk gedrag en kwaliteit van leven / cliënttevredenheid meet.	Het team neemt bij 40-59% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten die de ernst van de problematiek, risico op (delict)gevaarlijk gedrag en kwaliteit van leven / cliënttevredenheid meet.	Het team neemt bij 60-79% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten die de ernst van de problematiek, risico op (delict)gevaarlijk gedrag en kwaliteit van leven / cliënttevredenheid meet.	Het team neemt bij ≥80% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten die de ernst van de problematiek, risico op (delict)gevaarlijk gedrag en kwaliteit van leven / cliënttevredenheid meet.
53. GEBRUIK ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar de cliënt als onderdeel van het behandelplan als naar teamuitkomsten in het kader van de PDCA-cyclus.	Het team kent geen ROM.	Het team kent een ROM zonder terugkoppeling naar teamleden.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit naar het individuele beleid rond de cliënt OF naar teambeleid.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid rond de cliënt als naar teambeleid.	Het team gebruikt de ROM structureel bij evaluatie van het team(functioneren) wat leidt tot aanpassingen op teamniveau en gebruikt ROM als standaardonderdeel bij iedere behandelplanbespreking.
54. FEEDBACK / INSpraak CLIËNTEN EN CLIËNTSYSTEMEN Het team organiseert periodiek een bijeenkomst waarin (ex)cliënten en/of (ex)cliëntsystemen hun ervaringen met de zorg kunnen delen en hun suggesties voor verbetering van de kwaliteit van zorg kunnen inbrengen.	Het team organiseert geen feedback- en/of inspraakbijeenkomsten	Het team organiseert af en toe feedback- en/of inspraakbijeenkomsten	Het team organiseert (minimaal) jaarlijks feedback- en/of inspraakbijeenkomsten voor cliënten en/of cliëntsystemen	Het team organiseert (minimaal) jaarlijks feedback- en/of inspraakbijeenkomsten voor cliënten en/of cliëntsystemen, en de uitkomsten worden vertaald naar teambeleid.	Het team organiseert (minimaal) jaarlijks feedback- en/of inspraakbijeenkomsten voor cliënten en/of cliëntsystemen, de uitkomsten worden vertaald naar teambeleid en hebben geleid tot concrete verbeteringen in de zorg.
55. VERBETERCYCLUS FACT Projectleider/ teamleider monitoren het proces van FACT, gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt systematisch, bijvoorbeeld gebruik van de fidelity schaal of een andere uitgebreide set van indicatoren. De PDCA cyclus (plan, do, check/study, act) wordt	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren.	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld aan het team, maar het leidt niet tot aanpassing.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld aan het team. Gegevens worden gebruikt om de zorg te verbeteren.	Systematisch, uitgebreid het proces monitoren gebeurt ten minste elke 6 maanden en het wordt gebruikt om de zorg te verbeteren. De PDCA cyclus is in het proces

criterium	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---

hierbij gehanteerd.

herkenbaar.

### PROFESSIONALISERING

56. REFLECTIE EIGEN HANDELEN Elk teamlid heeft minstens tien uur per jaar voor intervisie of (groeps)supervisie.	< 20% van de FACT-teamleden heeft minstens tien uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	20-39% van de FACT-teamleden heeft minstens tien uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	40-59% van de FACT-teamleden heeft minstens tien uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	60-79% van de FACT-teamleden heeft minstens tien uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	≥ 80% van de FACT-teamleden heeft minstens tien uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.
57. SCHOLING FACT EN (EVIDENCE BASED) BEHANDELMETHODIEKEN - Minimaal 90% van de teamleden heeft het afgelopen jaar tenminste 2 dagdelen scholing gevolgd in (F)ACT. - Minimaal 90% van de teamleden heeft het afgelopen jaar tenminste 2 dagdelen scholing gevolgd in (evidence based) behandel- en begeleidingsmethodieken. - Er heeft het afgelopen jaar tenminste 1 dagdeel scholing plaatsgevonden in teamverband. - Er heeft het afgelopen jaar tenminste 1 dagdeel scholing plaatsgevonden met inbreng van cliënten, familie en/of ervaringsdeskundigen.	Er wordt voldaan aan geen van de criteria	Er wordt voldaan aan 1 criterium	Er wordt voldaan aan 2 criteria	Er wordt voldaan aan 3 criteria	Er wordt voldaan aan 4 criteria
58. TEAMGEEST Scoor de volgende onderdelen: - sfeer in het team (uitstekend, plezierig, hartelijk) - cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid) - gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team) - innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht) - veiligheid (zorg dragen voor elkaars veiligheid) - opbouwend kritisch (elkaar feedback durven geven) - energie (geen tekenen van overbelast zijn)	0 - 2 punt Het team is als los zand. Het maakt een ongeïnspireerde, conflictueuze indruk.	Het team scoort op 3-4 punten.	Het team scoort op 5 punten.	Het team scoort op 6 punten.	Het team scoort op alle 7 punten. Het team maakt een enthousiaste, harmonieuze en opbouwende indruk.