

Scoreformulier FACTschaal

Deze FACTschaal is vastgesteld in maart 2010 en vervangt de eerdere versie van juni 2008.

Het intellectueel eigendom van de FACTschaal en het Scoreformulier berust bij Stichting CCAF. Aan de ontwikkeling van de schaal hebben bijgedragen: Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois, Niels Mulder.

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

Programma:**Datum:**

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

Teamstructuur	1	2	3	4	5
1. KLEINE CASELOAD Cliënt/hulpverlener-verhouding van 15:1 (incl. psychiater, excl. secretariële ondersteuning, psychiater i.o. voor de helft)	≥ 50 cliënten/hulpverlener of meer.	35 - 49	25 – 34	16 - 24	Maximaal 15 cliënten/hulpverlener.
2. PERSONEELSBEZETTING Het programma 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 programma heeft het afgelopen jaar een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
3. TEAMVERBAND De teamleden hebben een enkel en substantieel dienstverband voor het team. (aantal fte / teamleden) (incl. psychiater, excl. secretarieel personeel)	Gemiddeld lager dan < 0.5.	Gemiddeld tussen 0.5 en 0.59.	Gemiddeld tussen 0.6 en 0.69	Gemiddeld tussen 0.7 en 0.79	Gemiddeld 0.8 of hoger.
4. PSYCHIATER Per 200 cliënten is tenminste één fulltime psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 200 cliënten minder dan 0,10 FTE psychiater.	0,10 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft voor 200 cliënten 1 FTE psychiater in dienst.
5. PSYCHOLOOG Het team heeft tenminste een psycholoog aangesteld (0,8 FTE op 200)	Het team heeft minder dan 0,2 FTE psycholoog verbonden aan het team.	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE psycholoog of meer in dienst.
6. ERVARINGSWERKER Het team heeft tenminste een ervaringswerker aangesteld (0,8 FTE op 200)	Het team heeft minder dan 0,2 FTE ervaringswerker verbonden aan het team.	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE ervaringswerker of meer in dienst
7. MAATSCHAPPELIJK WERKER en/of SPH, SOC. JUR DIENSTV. Het team heeft tenminste een MW, SPH of SJD aangesteld (0,8 FTE op 200 cliënten) (of specifieke kennis over sociaal juridische aspecten bij een ander teamlid).	Het team heeft minder dan 0,2 FTE MW, SPH of SJD verbonden aan het team.	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE MW, SPH of SJD of meer in dienst.

Programma:**Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. VERPLEEGKUNDIGE Per 200 cliënten zijn er ten minste vier FTE verpleegkundigen aangesteld bij het team (1 jaar training/ervaring), waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.	Het team heeft minder dan 1 FTE verpleegkundige per 200 cliënten.	1 –1,99 FTE per 200 cliënten.	2 – 2,99 FTE per 200 cliënten.	3 FTE of meer per 200 cliënten.	Vier FTE verpleegkundigen of meer bij een team met 200 cliënten, waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.
9. PERSOONLIJK BEGELEIDER. Het team heeft minimaal 6 FTE aan ‘persoonlijk begeleiders’ voor 200 cliënten. ¹	Het team heeft minder dan 3 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 4 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 5 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 6 FTE aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	Het team heeft tenminste 6 FTE aan persoonlijk begeleiders voor 200 cliënten
10. VERSLAVINGSDESKUNDIGHEID Per 200 cliënten zijn er tenminste twee FTE hulpverleners met verslavingsdeskundigheid (met tenminste 1 jaar specifieke training of ervaring in verslavingszorg en tenminste jaarlijkse bijscholing).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verslavingsdeskundigheid per 200 cliënten.	0,20 – 0,79 FTE per 200 cliënten.	0,80 – 1,39 FTE per 200 cliënten.	1,40 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Twee FTE of meer met 1 jaar training of ervaring in de verslavingszorg en jaarlijkse bijscholing op dit gebied.
11. ARBEIDSDESKUNDIGE Per 200 cliënten is er tenminste een FTE hulpverlener gespecialiseerd in het veld van arbeidsrehabilitatie en ondersteuning (één jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,10 FTE arbeidsdeskundige per 200 cliënten.	0,10 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	Een FTE of meer gespecialiseerde hulpverlener in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning met ten minste een jaar training of ervaring in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning.
12. SPECIALIST REHABILITATIE/HERSTEL In het team zijn tenminste twee FTE aan hulpverleners aanwezig die zijn opgeleid in een rehabilitatiemethodiek en/of herstelondersteunende zorg, dit toepassen op verschillende domeinen en een duidelijke adviserende en stimulerende	Het team heeft minder dan 0,50 FTE per 200 cliënten.	0,50 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	1,00 – 1,49 FTE per 200 cliënten.	1,50 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft tenminste twee FTE hulpverleners rehabilitatie/herstel.

¹ Deze vraag betreft aantal medewerkers dat optreedt als persoonlijk begeleider voor ≥ 10 cliënten. Dit kunnen verschillende disciplines zijn.

Programma:**Datum:**

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

rol hebben t.a.v. andere teamleden.

Teamproces

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

Programma:**Datum:**

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

² geldt niet voor cliënten die om een andere reden zoals zorgmijndend zonder overlast of life event op het bord staan

Programma:**Datum:**

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

geïnformeerd, (4) psychiater beoordeelt medicatie en gevaar, binnen 2 dagen, (5) zo nodig melding naar 7 x 24 uurs dienst en kliniek.					
22. PROCEDURE FACTBORD AF Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het van het FACT bord afhaken van cliënten, waarin de volgende stappen of acties zijn opgenomen: (1) deze beslissing vindt plaats door het team tijdens het FACT overleg, (2) de cliënt wordt geïnformeerd, (3) de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met team, (4) en met de patiënt en diens naasten, (5) zonodig wordt het crisisplan bijgesteld (6) en wordt het behandelplan aangepast.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 2 is in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 3 is in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 4 in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft een beschreven procedure welke ook in de praktijk gehanteerd wordt, met daarin minimaal 5 van de beschreven onderdelen.
23. CONTACTFREQUENTIE BORD Cliënten op het FACT-bord worden frequent bezocht. (Bespreek 5 casussen van het bord)	Gemiddeld 1 f-t-f contact/week per cliënt of minder.	1 – 2 / f-t-f p/week	2 – 3 / f-t-f p/week	3 -4 / f-t-f p/week	Gemiddeld 4 of meer f-t-f contacten/week per cliënt.
24. CONTACTFREQUENTIE NIET-BORD Cliënten die niet op het bord staan worden regelmatig door het team gezien.	Gemiddeld minder dan 1 f-t-f contact per vier weken.	Gemiddeld 1 f-t-f contact per vier weken.	Gemiddeld 1 f-t-f contact per drie weken.	Gemiddeld 1 f-t-f contact per twee weken.	Gemiddeld 1 f-t-f contact per week.
Diagnostiek, behandeling en interventies					
25. MULTIDISCIPLINAIRE PRAKTISCHE ZORG Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding: (1) op het gebied van ADL en HDL, (2) naar instanties, (3) naar familiecontacten, (4) buurt, etc, (5) bij financiën en administratie, (6) bij medicatiegebruik.	Het team biedt géén outreachende praktische individuele begeleiding maar besteedt dit uit, of biedt op 1 van de 6 onderdelen begeleiding en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 2-3 van de 6 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 4 van de 6 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 5 van de 6 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt zelf outreachende praktische individuele begeleiding op alle 6 de onderdelen.

Programma:**Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. KENNISMAKING Nieuwe patiënten staan 3 weken op het bord zodat meerdere teamleden en verschillende disciplines hun beeld kunnen vormen en eventueel met de cliënt in gesprek kunnen gaan.	Nee	Soms	Gestructureerd, resulterend in indruk van >3 teamleden.	Idem met > 4 teamleden.	Idem met > 4 disciplines.
27. INDIVIDUEEL BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een cliëntendossier waarin een behandelplan van minder dan 1 jaar oud is opgenomen.	60% of minder van de cliënten heeft een actueel behandelplan minder dan een jaar oud.	70%	80%	90%	95% of meer van de behandelplannen van de cliënten zijn minder dan een jaar oud.
28. INDIVIDUEEL CRISISINTERVENTIEPLAN Elke cliënt heeft een crisisinterventieplan.	20% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan.	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan.
29. INDIVIDUEEL REHABILITATIE-/HERSTELPLAN In ieder behandelplan zijn individuele rehabilitatie- / herstel doelen benoemd op verschillende domeinen, in begrijpelijke taal en met aandacht voor individuele behoeften, eigen wensen en kwaliteiten van de cliënt.	20% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- en hersteldoelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- hersteldoelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.
30. KOPIE BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een kopie van het behandelplan (cliënten die aangeven daar geen prijs op te stellen niet meegerekend)	20% van de cliënten heeft een behandelplan.	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan
31. MEDICATIEBELEID	Medicatie wordt aangepast op geleide van klachten en vragen.	Minimaal één maal per jaar vindt er met de cliënt een evaluatie plaats over de medicatie	Door het jaar heen is er continu aandacht voor de werking en bijwerking van medicatie.	Door het jaar heen is er continu aandacht voor de werking en bijwerking van medicatie en vindt zonodig uitleg plaats door de psychiater en persoonlijk begeleider.	Er wordt geprotocolleerd gewerkt en er vindt structurele informatie plaats.
32. PSYCHO-EDUCATIE	Deze interventie vindt plaats op geleide van klachten en vragen.	Voor deze interventie worden cliënten van het team verwezen naar	Deze interventie wordt individueel aangeboden door het eigen team,	Deze interventie wordt zowel individueel als groepsgewijs door het	Deze interventie wordt volgens de richtlijn aangeboden.

Programma:**Datum:**

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

		een ander organisatie onderdeel.	maar groepsgewijs wordt verwezen naar elders.	eigen team.	
33. COGNITIEVE GEDRAGS THERAPIE ³	Deze interventie is niet beschikbaar voor cliënten van het team.	Deze interventie is op verwijzing beschikbaar maar minder dan 10% maakt hiervan gebruik.	Deze interventie is op verwijzing beschikbaar maar minder dan 15% maakt hiervan gebruik.	Deze interventie is binnen het team beschikbaar, maar minder dan 15% maakt hiervan gebruik.	Deze interventie binnen het team volgens de richtlijn beschikbaar en meer dan 15% van de cliënten heeft gebruik van gemaakt.
34. FAMILIE INTERVENTIE ⁴	Deze interventie is niet beschikbaar voor familieleden van cliënten van het team.	Minder dan 10% van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	Minder dan 20% van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	20% of meer van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	Er wordt aantoonbaar gewerkt volgens de toolkit familie psycho educatie en meer dan 20% of meer van de familieleden maakt hiervan gebruik.
35. ARBEIDSREHABILITATIE ⁴	Er is geen aandacht voor arbeidsrehabilitatie voor cliënten van het team.	Cliënten die gebruik maken van arbeidsrehabilitatie worden verwezen naar een ander organisatie onderdeel.	Er wordt systematisch gekeken naar arbeidsrehabilitatie. Cliënten worden verwezen naar een ander onderdeel; 10% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	Cliënten maken gebruik van arbeidsrehabilitatie aangeboden door een specialist in het eigen team; 15% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	Deze interventie wordt aangeboden volgens de toolkit IPS; 15% van de caseload maakt hiervan gebruik.
36. DUBBELE DIAGNOSE-MODEL (IDDT) Het team gebruikt een stapsgewijs behandelmodel. In verschillende fasen van de behandeling worden verschillende interventies aangeboden. Het model is niet-confronterend, volgt	Programma is volledig gebaseerd op het traditionele model: confrontatie, verplichte onthouding, etc.	Programma gebruikt voornamelijk het traditionele model: verwijst naar afkickprogramma's; maakt gebruik van ontwenningkuren en	Programma gebruikt gemengd model: DD-principes in behandelplannen verwijst cliënten naar overredingsgroepen, gebruikt opnames voor	Programma gebruikt voornamelijk DD-model: DD-principes in behandelplannen; overredings- en actieve behandelgroepen, geen opname voor	Er is een transmuraal IDDT programma, waarin het FACT team zelf belangrijke delen van de behandeling geïntegreerd uitvoert.

³ Percentage van totale caseload over de afgelopen 2 jaar

⁴ Percentage over de afgelopen 2 jaar

Programma:**Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
gedragsprincipes, neemt interacties in aanmerking tussen psychiatrische stoornissen en verslaving, waarbij geleidelijke onthouding wordt verwacht.		rehabilitatieprogramma's, erkent behoefte aan overreden van cliënten in de ontkenningfase die niet bij AA passen.	rehabilitatie en verwijst naar afkickprogramma's.	rehabilitatie of voor afkicken tenzij medisch noodzakelijk.	
37. INDIVIDUELE SOMATISCHE ZORG Het team biedt screening voor somatische zorg en zorgt er voor dat de cliënten afspraken op dit terrein nakomt.	Het team biedt geen screening voor somatische zorg.	Het team reageert wisselend op somatische problematiek, maar biedt geen systematische screening en toeleiding naar somatische zorg.	Het team heeft oog voor somatische problematiek maar biedt geen systematische screening. Cliënten worden verwezen naar de huisarts en indien nodig begeleid naar de zorg.	Het team heeft systematisch aandacht somatische problematiek, maar kent geen formele screening. Cliënten worden verwezen naar de huisarts en indien nodig begeleid naar de zorg.	Het team biedt structurele systematische screening voor somatische zorg en begeleid cliënten (indien noodzakelijk) naar behandeling.
Zorgorganisatie					
38. HANTERING TOELATINGSPROCEDURE FACT TEAM: Cliënten worden volgens vaste procedure voor FACT zorg geïndiceerd.	Er zijn geen vaste criteria voor toelating tot FACT.	Er zijn wel criteria voor FACT, maar er is geen procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie die leidt tot <5% verkeerde indicaties.
39. WACHTLIJST De wachtlijst voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen is in het afgelopen jaar minder dan 1 maand geweest.	De wachtlijst is langer dan 4 maanden.	<4 maanden	<3 maanden	<2 maanden	< 1 maand
40. BEREIK Het aantal inwoners in het verzorgingsgebied in verhouding tot het aantal cliënten in het FACT team. Hierbij dient ook gekeken te worden naar andere aanbieders (of ACT-teams) in de regio. Er vallen geen cliënten tussen 'wal en schip'.	Minder dan 55% van de potentiële cliënten krijgt FACT zorg.	Tussen de 56 en 65% van de potentiële cliënten krijgt FACT zorg.	Tussen de 66 en 75% van de potentiële cliënten krijgt FACT zorg.	Tussen de 76 en 85% van de potentiële cliënten krijgt FACT zorg.	> Tussen de 86 en 95% van de potentiële cliënten krijgt FACT zorg.
41. 24 UURS BEREIKBAARHEID EN CRISIS	Het team kan niet adequaat reageren op	Het team scoort op één van de vier items.	Het team scoort op twee van de vier items.	Het team scoort op drie van de vier items.	Het team scoort op alle vier de items.

Programma:**Datum:**

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

<ul style="list-style-type: none"> - 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 acute/ crisisdienst; - Cliënten van het wijkteam kunnen 24 uur per dag met hun vragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener; - Het crisis- /signaleringsplan is beschikbaar bij de crisisdienst 	crisis binnen kantooruren en heeft geen bereikbaarheid buiten kantooruren. Het team heeft geen afspraken met de 7 x 24 uurs crisisdienst.				
42. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME Het team heeft het initiatief bij klinische opnames.	Minder dan 5% van de opnames worden door het team geïnitieerd.	5 % - 34% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	35 % - 64% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	65 % - 94% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	95 % of meer van de opnames worden geïnitieerd door het team.
43. BED OP RECEPT Het team kan voor haar cliënten makkelijk gebruik maken van een BOR-regeling	Het team heeft geen afspraken met de opnameafdeling over een BOR regeling.		Het team kan sporadisch gebruik maken van een BOR-regeling.		Het team kan te allen tijde gebruik maken van een BOR.
44. BIJ OPNAME Als cliënten van het FACT team zijn opgenomen op de opnameafdeling worden deze frequent bezocht door het team.	Cliënten worden tijdens opname op de opnameafdeling niet bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname op de opnameafdeling gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname op de opnameafdeling structureel eenmaal per 3 a 4 weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname op de opnameafdeling structureel eenmaal per twee weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname op de opnameafdeling eenmaal per week bezocht door teamleden. Eventueel gaat het team met de cliënt af en toe naar huis.
45. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR PLANNING VAN ONTSLAG Het team is verantwoordelijk voor de planning van ontslag uit de kliniek. Het team werkt samen met de opnameafdeling(en), is betrokken bij voortgangsbesprekingen in de kliniek en behoudt de regie.	Het team is niet betrokken bij voortgangsbesprekingen op de opnameafdeling en is bij minder dan 5% van de ontslagen uit het ziekenhuis betrokken.	Het team is telefonisch betrokken bij voortgangsbesprekingen op de opnameafdelingen en 5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	Het team is betrokken bij de voortgangsbepalingen op de opnameafdeling en 35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	Het team is bij alle cliënten betrokken bij de voortgangsbesprekingen op de opnameafdeling en 65% - 84% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	Het team is bij alle cliënten betrokken bij de voortgangsbesprekingen op de opnameafdeling en behoudt in goed overleg de regie. ≥85% van het ontslag van cliënten wordt gezamenlijk gepland

Programma:**Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46. UITSCHRIJVING UIT FACT In principe schrijft het team weinig cliënten uit. Bij cliënten die uitgeschreven worden is dit altijd in overleg gegaan en staan zowel cliënt als team achter de beslissing. Er zijn goede vervolgsafspraken gemaakt, de overdracht verloopt geleidelijk en wordt gecontroleerd.	Bij <50% van de cliënten die is uitgeschreven, is dit in overleg gegaan en staan zowel cliënt als team achter de beslissing. Er zijn goede vervolgsafspraken gemaakt, de overdracht is geleidelijk verlopen en is gecontroleerd.	Bij 50%-65% van de cliënten die is uitgeschreven, is dit in overleg gegaan en staan zowel cliënt als team achter de beslissing. Er zijn goede vervolgsafspraken gemaakt, de overdracht is geleidelijk verlopen en is gecontroleerd.	Bij 66%-79% van de cliënten die is uitgeschreven, is dit in overleg gegaan en staan zowel cliënt als team achter de beslissing. Er zijn goede vervolgsafspraken gemaakt, de overdracht is geleidelijk verlopen en is gecontroleerd.	Bij 80%-95% van de cliënten die is uitgeschreven, is dit in overleg gegaan en staan zowel cliënt als team achter de beslissing. Er zijn goede vervolgsafspraken gemaakt, de overdracht is geleidelijk verlopen en is gecontroleerd.	met het team. Bij meer dan 95% van de cliënten die is uitgeschreven, is dit in overleg gegaan en staan zowel cliënt als team achter de beslissing. Er zijn goede vervolgsafspraken gemaakt, de overdracht is geleidelijk verlopen en is gecontroleerd.
47. NO DROP-OUT Het team behoudt het contact met de cliënten en schrijft geen cliënten uit zonder verwijzing.	Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Soms werd het contact actief door het team beëindigd zonder adequate doorverwijzing.	Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Dit gebeurde alleen bij cliënten die zonder overleg uit de regio zijn vertrokken met onbekende bestemming.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar >8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar 3-8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, in het afgelopen jaar is niet meer dan 2% uit zorg verdwenen.
Maatschappelijke zorg					
48. OUTREACHEND Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving, meer dan 80% van de contacten buiten de instelling (excl. psychiater / psycholoog)	Minder dan 20% een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	80% of meer van de totale een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.
49. OVERLEG EXTERNE PARTNERS Het team heeft overleg met: (1) thuiszorg, (2) woningcorporaties/wijkmeester, (3) wijkagent, (4) welzijnsinstellingen, (5) vrijwilligerswerk in de buurt.	Het team heeft de laatste 6 maanden geen overleg gehad met een van de organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met één van de organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met 2 organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met 3 organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met minimaal 4 organisaties.
50. BINDENDE HULPVERLENING Om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel	Het team is passief bij het behouden van cliëntcontacten; maakt	Het team doet pogingen tot het behouden van contact	Het team maakt actief gebruik van één van de drie vormen van	Het team maakt actief gebruik van twee van de drie vormen van	Het team past consistent goed overdachte strategieën

Programma:**Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
attractieve (inloop, huiskamer etc) – assertieve als juridische maatregelen indien noodzakelijk (RM, budgetbeheer etc).	bijna nooit gebruik van attractieve en assertieve en juridische maatregelen.	met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveerde cliënten.	bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.	bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.	toe en maakt gebruik van attractieve en assertieve zorg, en juridische maatregelen wanneer nodig is.
51. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM ttv INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van de cliënt (familie, huisbaas, werkgever).	Bij minder dan 20% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 20-39% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 40-59% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij 60-79% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.	Bij $\geq 80\%$ van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.
52. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM ttv MINDER INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van alle cliënten (familie, huisbaas, werkgever).	In de afgelopen 6 maanden vindt bij minder dan 20% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 20 – 39% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 40 – 59% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij 60 – 79% van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.	In de afgelopen 6 maanden vindt bij $\geq 80\%$ van de cliënten ondersteuning van het sociale netwerk plaats.
Monitoring					
53. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): INHOUD Het team neemt bij alle cliënten eens per jaar een ROM af, die tenminste bestaat uit een gestandaardiseerd instrument om psychisch en sociaal functioneren te meten, een gestandaardiseerd instrument om zorgbehoeften en kwaliteit van leven te meten. (als de ROM niet volledig wordt afgenomen een punt minder)	Het team neemt bij $<20\%$ van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 20-39% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 40-59% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren en zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij 60-79% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.	Het team neemt bij $\geq 80\%$ van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteit van leven meet.
54. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): GEBRUIK Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid naar de cliënt als onderdeel van het	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	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid rond de cliënt als naar	Het team gebruikt de ROM structureel bij evaluatie van het team(functioneren) wat leidt tot

Programma:**Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
behandelplan als naar teamuitkomsten in het kader van de PDCA-cyclus.			teambeleid.	teambeleid.	aanpassingen op teamniveau en gebruikt ROM als standaardonderdeel bij iedere behandelplanbespreking.
55. VERBETERCYCLUS FACT Projectleider/ teamleider monitoren het proces van FACT, gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt volgens een standaard aanpak, bijvoorbeeld gebruik van de fidelity schaal of een andere uitgebreide set van indicatoren. De PDCA cyclus (plan, do, check/study, act) wordt hierbij gehanteerd.	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren.	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld naar het team maar het leidt niet tot aanpassing.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld aan. Gegevens worden gebruikt om het programma te verbeteren.	Gestandaardiseerd, uitgebreid het proces monitoren gebeurt ten minste elke 6 maanden en het wordt gebruikt om het programma te verbeteren. De PDCA cyclus is in het proces herkenbaar.
Professionalisering					
56. REFLECTIE EIGEN HANDELEN Elk teamlid heeft minstens 5x2 uur per jaar voor intervisie of (groeps)supervisie. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	≤ 20% van de FACT-teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	21-40% van de FACT-teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	41-60% van de FACT-teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	61-80% van de FACT-teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.	> 80% van de FACT-teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar intervisie of (groeps)supervisie.
57. SCHOLING FACT EN EVIDENCE BASED ONDERWERPEN Alle teamleden ontvangen jaarlijks een (bij)scholing in FACT EN EBP (minimaal 4 dagdelen). (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	≤ 20% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	21-40% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	41-60% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	61-80% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	> 80% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.
58. SCHOLING HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG 80% van de teamleden zijn in de laatste twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	Geen van de FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	1 – 29% van de FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	30-59% van de FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	60-79% van de FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	80% of meer van de FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.
59. STRUCTURELE AANDACHT VOOR HERSTEL Het team heeft structureel oog voor	Het team is vooral bezig met het reageren van crisissen. Er is	Veel aandacht gaat uit naar het reageren op crisis. Daarnaast is er	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Echter herstel	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Herstel doelen	Aandacht is er voor crisis, behandeling en herstel. Herstel doelen

Programma:**Datum:**

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

FACTS Scoreblad

0-3.0: onvoldoende, 3.1-3.3: middelmatige implementatie,
3,4-4.0: voldoende, 4.1 > uitstekende implementatie

<i>FACTS Criteria</i>	<i>B 1</i>	<i>B 2</i>	<i>Con-sensus</i>	<i>Werkelijke waarde</i>	<i>Commentaar & aanbevelingen</i>
TEAMSTRUCTUUR					
1. Kleine caseload					
2. Personeelsbezetting					
3. Teamverband					
4. Psychiater					
5. Psycholoog					
6. Ervaringswerker					
7. Maatschappelijk werker en/of SPH, soc.juridisch dienstverlener					
8. Verpleegkundige					
9. Persoonlijk begeleider					
10. Verslavingsdeskundigheid					
11. Arbeidsdeskundige					
12. Specialist Rehabilitatie/herstel					
Gemiddelde score teamstructuur .. / 12 =					
TEAMPROCES					
13. Teambenadering					
14. Shared caseload tijdens zorgintensivering					
15. FACTbordoverleg					
16. Multidisciplinair FACToverleg					
17. Behandelplanbijeenkomst: opkomst					
18. Behandelplanbijeenkomst: cliënt					
19. Teamleider					
20. Criteria voor plaatsing op FACT bord					
21. Procedure plaatsing FACT bord					
22. Procedure FACT bord AF					
23. Contactfrequentie bord					
24. Contactfrequentie niet-bord					
Gemiddelde score teamproces .. / 12 =					
DIAGNOSTIEK, BEHANDELING, INTERVENTIES					
25. Multidisciplinaire praktische zorg					
26. Kennismaking					
27. Individueel behandelplan					
28. Individueel crisisinterventieplan					
29. Individueel rehabilitatie-/herstelplan					
30. Kopie behandelplan					
31. Medicatiebeleid					
32. Psycho-educatie					
33. Cognitieve Gedragstherapie					
34. Familie Interventie					
35. Arbeidsrehabilitatie					

36.	Dubbele diagnose model				
37.	Individuele somatische zorg				
	Gemiddelde score diagnostiek .. / 13 =				
ZORGORGANISATIE					
38.	Hantering toelatingsprocedure FACT				
39.	WachtlIJst				
40.	Bereik				
41.	24 uur bereikbaarheid en crisis				
42.	Verantwoordelijkheid voor opname				
43.	Bed op recept				
44.	Bij opname				
45.	Verantwoordelijkheid voor planning van ontslag				
46.	Uitschrijving uit FACT				
47.	No drop-out				
	Gemiddelde score organisatie .. / 10 =				
MAATSCHAPPELIJKE ZORG					
48.	Outreaching				
49.	Overleg externe partners				
50..	Bindende hulpverlening				
51.	Samenwerking met het Steunsysteem ttv IZ				
52.	Samenwerking met het Steunsysteem				
	Gemiddelde score maatschappelijke zorg .. / 5=				
MONITORING					
53.	ROM Inhoud				
54.	ROM Gebruik				
55.	Verbetercyclus FACT				
	Gemiddelde score monitoring .. / 3=				
PROFESSIONALISERING					
56.	Reflectie eigen handelen				
57.	Scholing FACT en EBP				
58.	Scholing Herstelondersteunende zorg				
59..	Structurele aandacht herstel				
60.	Teamgeest				
	Gemiddelde score professionalisering .. / 5 =				
Eindscore FACTS ../60=					

Quickscan voor ACT en FACT

Vijfpuntsschaal:

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

Totaal/10=

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

Enkele adviezen:

1. korte termijn/quick win
2. lange termijn

Bestuur CCAF

Quickscan, vastgesteld dd 17 september 2008