

Scoreformulier Jeugd FACTschaal

Februari 2014

Het intellectueel eigendom van de Jeugd FACTschaal (verder: Jeugd FACTs), het scoreformulier en de handleiding voor auditoren berust bij het CCAF. Aan de ontwikkeling van de Jeugd FACTs hebben bijgedragen: Annemieke Hendriksen (Trimbos-instituut), Anne-Marije Rijkaart (Trimbos-instituut), Hans Kroon (Trimbos-instituut), Erik van Dongen (Lucertis Rotterdam), Carolien Konijn (Spirit), Anita de Reus (Lucertis NH, Jeugdriagg), Anja Schaafsma (Triversum), Arien Storm (Accare), Addy Venderbos (Lucertis Rotterdam), Alfred Volkers (Juzt) en Saskia Wijga (GGZ NHN).

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

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

Items met een asterisk zijn aangepast voor Jeugd:

*=gewijzigd t.o.v. originele FACTS

**= nieuw item t.o.v. originele FACTS

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

TEAMSTRUCTUUR

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| 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 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. secretariaal 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; incl. psychiater, excl. secretariaal 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 of minstens 0,50 voor FACT, maar minder dan 0,10 fte voor moederorganisatie. | Gemiddeld tussen 0,60 en 0,69 voor FACT en minimaal 0,10 fte bij moederorganisatie. | Gemiddeld 0,70 of hoger voor FACT en minimaal 0,10 fte bij moederorganisatie. |
| 4. KINDER- EN JEUGDPYSYCHIATER* Per 100 cliënten is minstens 0,4 fte K&J-psychiater aangesteld bij het team. (Een algemene psychiater, GGD-arts of K&J-psychiater in opleiding telt voor 50%). | Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,10 fte K&J-psychiater in dienst. | 0,10 - 0,19 fte per 100 cliënten. | 0,20 - 0,29 fte per 100 cliënten. | 0,30 - 0,39 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 0,40 fte K&J-psychiater in dienst. |
| 5. SYSTEEMTHERAPEUT** Per 100 cliënten is minstens 0,4 fte systeemtherapeut aangesteld bij het team. | Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,10 fte systeemtherapeut in dienst. | 0,10 - 0,19 fte per 100 cliënten. | 0,20 - 0,29 fte per 100 cliënten. | 0,30 - 0,39 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 0,40 fte systeemtherapeut in dienst. |

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|---|---|---|--|
| 6. K&J-PSYCHOLOOG / ORTHOPEDAGOOG* Per 100 cliënten is minstens 0,4 fte K&J-psychooloog/orthopedagoog (met beroepsregistratie) aangesteld bij het team. | Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,10 fte psychooloog/orthopedagoog in dienst. | 0,10 – 0,19 fte per 100 cliënten. | 0,20 – 0,29 fte per 100 cliënten. | 0,30 – 0,39 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 0,40 fte K&J-psychooloog/orthopedagoog in dienst. |
| 7. TOTAAL 3 BEHANDELAREN** Het totale aantal fte voor psychiater, psycholoog/orthopedagoog en systeemtherapeut is minimaal 1,6 per 100 cliënten. (Dezelfde eisen gelden als in bovenstaande items). | Het team heeft per 100 cliënten in totaal minder dan 0,4 fte psychiater, psycholoog/orthopedagoog en systeemtherapeut in dienst. | 0,4 – 0,79 fte per 100 cliënten. | 0,8 – 1,19 fte per 100 cliënten. | 1,2 – 1,59 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten in totaal minstens 1,6 fte psychiater, psycholoog/orthopedagoog en systeemtherapeut in dienst. |
| 8. ERVARINGSDESKUNDIGE* Per 100 cliënten is minstens 0,4 fte ervaringsdeskundige aangesteld bij het team. | Het team werkt niet met ervaringsdeskundigen. | Het team werkt met ervaringsdeskundigen (bv. bij voorlichtingsbijeenkomsten), maar zij zijn niet aangesteld bij het team. | Het team heeft per 100 cliënten 0,10 – 0,24 fte ervaringsdeskundige aangesteld. | Het team heeft per 100 cliënten 0,25 – 0,39 fte ervaringsdeskundige aangesteld. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 0,40 fte ervaringsdeskundige aangesteld. |
| 9. MWD/SPH/SJD EN VERPLEEGKUNDIGEN* Beoordeel de volgende criteria: (1) het team heeft per 100 cliënten minstens 1fte Maatschappelijk Werker, SPH of SJD in dienst; (2) het team heeft per 100 cliënten minstens 1fte HBO-verpleegkundige met differentiatie GGZ in dienst; (3) het team heeft per 100 cliënten minstens 1 fte SPV in dienst (kan overlappen met HBO-verpleegkundige); (4) in totaal heeft het team 4 fte van bovenstaande disciplines. | Het team voldoet aan geen van de criteria. | Het team voldoet aan 1 criterium. | Het team voldoet aan 2 criteria. | Het team voldoet aan 3 criteria. | Het team voldoet aan 4 criteria. |
| 10. PERSOONLIJK BEGELEIDER/ CASEMANAGER* Het team heeft minimaal 3 fte aan persoonlijk begeleiders of casemanagers voor 100 cliënten. ¹ | Het team heeft per 100 cliënten minder dan 1,50 fte aan persoonlijk begeleiders. | 1,50 – 1,99 fte per 100 cliënten. | 2,00 – 2,49 fte per 100 cliënten. | 2,50 – 2,99 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 3,00 fte aan persoonlijk begeleiders. |

¹ Deze vraag betreft het aantal medewerkers dat optreedt als persoonlijk begeleider/casemanager/dossierhouder. Dit kunnen verschillende disciplines zijn.

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|--|---|--|
| 11.VERSLAVINGSDESKUNDIGHEID* In het team is deskundigheid aanwezig op het gebied van middelengebruik (met minstens één jaar scholing of ervaring in verslavingszorg). | Verslavingsdeskundigheid is niet georganiseerd. Cliënten worden voor hulp of voorlichting t.a.v. middelengebruik verwezen naar verslavingszorg. | Incidenteel wordt door het team advies ingewonnen bij verslavingszorg. Er zijn geen structurele samenwerkingsafspraken. | Het team heeft nauwe samenwerkingsafspraken gemaakt met verslavingszorg. Regelmatig wordt advies ingewonnen t.a.v. middelengebruik van cliënten en/of hun systeem. | Het team werkt nauw samen met verslavingszorg en minstens één teamlid heeft een training gevolgd over middelengebruik. | Het team heeft een hulpverlener met verslavingsdeskundigheid in dienst met minstens één jaar scholing of ervaring in de verslavingszorg. |
| 12. TRAJECTBEGELEIDING* Per 100 cliënten is er minstens 0,4 fte hulpverlener met deskundigheid op het gebied van trajectbegeleiding (één jaar specifieke training of ervaring). | Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,10 fte deskundigheid op het gebied van trajectbegeleiding. | 0,10 – 0,19 fte per 100 cliënten. | 0,20 – 0,29 fte per 100 cliënten. | 0,30 – 0,39 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 0,40 fte deskundigheid op het gebied van trajectbegeleiding. |
| 13. VB-DESKUNDIGHEID** Per 100 cliënten is er minstens 0,4 fte hulpverlener met deskundigheid op het gebied van (licht) verstandelijke beperkingen (één jaar specifieke training of ervaring). | Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,10 fte (L)VB-deskundigheid. | 0,10 – 0,19 fte per 100 cliënten. | 0,20 – 0,29 fte per 100 cliënten. | 0,30 – 0,39 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 0,40 fte (L)VB-deskundigheid of meer in het team. |
| 14. GEZINSBEGELEIDING** Per 100 cliënten is er minstens 1 fte hulpverlener met deskundigheid op het gebied van gezinsbegeleiding (één jaar specifieke opleiding). | Het team heeft per 100 cliënten minder dan 0,25 fte deskundigheid op het gebied van gezinsbegeleiding. | 0,25 – 0,49 fte per 100 cliënten. | 0,50 – 0,74 fte per 100 cliënten. | 0,75 – 0,99 fte per 100 cliënten. | Het team heeft per 100 cliënten minstens 1 fte deskundigheid op het gebied van gezinsbegeleiding. |
| 15. AFSPIEGELING CLIENTENPOPULATIE** Bij de samenstelling van het team is rekening gehouden met de cliëntenpopulatie wat betreft culturele achtergrond en man-vrouw verhouding. (Percentages worden berekend door % mannen/allochtonen in cliëntenpopulatie min % mannen/allochtonen in team). | De culturele achtergrond en man-vrouw verhouding in het team komen niet overeen met de cliëntenpopulatie (beide verschil >40%) | Alleen de culturele achtergrond of alleen de man-vrouw verhouding in het team komt redelijk tot goed overeen met de cliëntenpopulatie (verschil ≤40%). | Zowel de culturele achtergrond als de man-vrouw verhouding in het team komt redelijk overeen met de cliëntenpopulatie (beide verschil 21-40%). | Van de culturele achtergrond en de man-vrouw verhouding komt één van beide goed overeen (verschil ≤20%) en één redelijk overeen (verschil 21-40%) met de cliëntenpopulatie. | De culturele achtergrond en man-vrouw verhouding zijn in het team ongeveer hetzelfde als in de cliëntenpopulatie (beide verschil ≤20%). |

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

TEAMPROCES

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| 16. TEAMBENADERING* Alle 'stabiele' cliënten in een FACT team zien 4 teamleden per jaar (incl. psychiater). | Minder dan 30% van de 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. |
| | of minder dan 60% van de cliënten heeft een-op-een contact met 3 teamleden per jaar. | of 60 - 79% van de cliënten heeft een-op-een contact met 3 teamleden per jaar. | of 80% of meer van de cliënten heeft een-op-een contact met 3 teamleden per jaar. | | |
| 17. TEAMBENADERING TIJDENS ZORGINTENSIVERING* Cliënten die intensieve zorg nodig hebben, zien minstens 2 teamleden per 2 weken. | Minder dan 30% van de cliënten die intensieve zorg krijgen heeft een-op-een contact met minstens 2 teamleden per 2 weken. | 30% - 49% van de cliënten heeft een-op-een contact met minstens 2 teamleden per 2 weken. | 50% - 69% van de cliënten heeft een-op-een contact met minstens 2 teamleden per 2 weken. | 70% - 89% van de cliënten heeft een-op-een contact met minstens 2 teamleden per 2 weken. | 90% of meer van de cliënten die intensieve zorg krijgen heeft een-op-een contact met minstens 2 teamleden per 2 weken. |
| 18. BORDOVERLEG Het team komt door de weeks 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. | Het team komt 1 keer per week bij elkaar en bespreekt de 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 de cliënten die op het bord staan. |
| 19. OPKOMST MULTIDISCIPLINAIR BORDOVERLEG Bij de bespreking van het (F)ACT-bord zijn in principe alle op die dag werkzame teamleden aanwezig. | 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 bij het FACT-overleg is 90% |
| 20. BEHANDELPLANBIJEENKOMST - OPKOMST Het behandelplan wordt multidisciplinair (ten minste 3 verschillende disciplines) vastgesteld.* | < 50% van de behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld. | 50%-69% | 70%-79% | 80%- 89% | 90% of meer van de behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld. |

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|--|--|--|--|
| 21. BEHANDELPLANBIJEENKOMST - CLIËNT* De behandelplannen worden vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt en zijn/haar ouder(s) (tenzij sprake is van contra-indicatie). | < 50% van de behandelplannen wordt vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt en zijn/haar ouder(s) (tenzij sprake van contra-indicatie). | 50-69% | 70-79% | 80-89% | 90% of meer van de behandelplannen wordt vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt en zijn/haar ouder(s) (tenzij sprake van contra-indicatie). |
| 22. CRITERIA PLAATSING BORD* Het team hanteert helder omschreven criteria voor het plaatsen van cliënten op het bord: (1) toename van symptomen; crisis, systeemproblematiek, overlast of verwaarlozing; (2) zorgmijdend gedrag of als een cliënt regelmatig wordt opgenomen; (3) tijdens en na een opnameperiode; (4) wijziging van behandeling (bijv. andere medicatie of therapie); (5) life events; (6) nieuwe cliënten. | Het team hanteert 0-2 criteria. | Het team hanteert 3 criteria. | Het team hanteert 4 criteria. | Het team hanteert 5 criteria. | Het team hanteert de 6 criteria. |
| 23. PROCEDURE PLAATSING BORD BIJ OPSCHALING Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het opnemen van cliënten met acute extra zorgbehoefte ² 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) psychiater beoordeelt medicatie en/of gevaar, binnen 2 dagen; (5) zo nodig melding naar 7 x 24 uurs dienst en kliniek. | Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en 2 van de 5 onderdelen of minder zijn in de praktijk zichtbaar. | Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en 3 van de 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar. | Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en 4 van de 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar. | Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en de 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar. | Het team heeft een beschreven procedure die ook in de praktijk gehanteerd wordt, met daarin alle 5 de onderdelen. |

² Geldt niet voor cliënten die om een andere reden, zoals life events of terug uit opname, op het bord staan.

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|--|---|
| <p>24. PROCEDURE BORD AF Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het van het bord afhalen 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 wordt 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> | <p>Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en 2 van de 6 onderdelen of minder zijn in de praktijk zichtbaar.</p> | <p>Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en 3 van de 6 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.</p> | <p>Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en 4 van de 6 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.</p> | <p>Het team heeft geen beschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en minimaal 5 van de 6 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.</p> | <p>Het team heeft een beschreven procedure die ook in de praktijk gehanteerd wordt, met daarin minimaal 5 van de beschreven onderdelen.</p> |
| <p>25. CONTACTFREQUENTIE t.t.v. INTENSIEVE ZORG* Cliënten die op het bord staan wegens ernstige toename van symptomen, crisis, systeemproblematiek, overlast of verwaarlozing, en personen uit hun systeem worden frequent bezocht.</p> | <p>Gemiddeld 1 f-t-f contact per week of minder per cliënt(systeem).</p> | <p>1-2 f-t-f per week</p> | <p>2-3 f-t-f per week</p> | <p>3-4 f-t-f per week</p> | <p>Gemiddeld 4 of meer f-t-f contacten per week per cliënt(systeem).</p> |
| <p>26. CONTACTFREQUENTIE t.t.v. MINDER INTENSIEVE ZORG* 'Stabiele' cliënten en personen uit hun systeem worden regelmatig door het team gezien.</p> | <p>Gemiddeld 1 f-t-f contact per 5 weken of minder per cliënt(systeem).</p> | <p>1 f-t-f contact per 4-5 weken.</p> | <p>1 f-t-f contact per 3-4 weken.</p> | <p>1 f-t-f contact per 2-3 weken.</p> | <p>Gemiddeld 1 of meer f-t-f contacten per 2 weken per cliënt(systeem).</p> |
| <p>27. MODERNE COMMUNICATIE** Het team maakt gebruik van moderne communicatiemiddelen. Naast f-t-f-contact is er per cliënt minimaal twee keer per week contact via deze middelen.</p> | <p>Er worden geen moderne communicatiemiddelen ingezet in het contact met cliënten.</p> | <p>Met minder dan 20% van de cliënten is minimaal twee keer per week contact via moderne communicatiemiddelen.</p> | <p>Met 20%-39% van de cliënten is minimaal twee keer per week contact via moderne communicatiemiddelen.</p> | <p>Met 40-59% van de cliënten is minimaal twee keer per week contact via moderne communicatiemiddelen.</p> | <p>Met 60% of meer van de cliënten is minimaal twee keer per week contact via moderne communicatiemiddelen.</p> |

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

DIAGNOSTIEK, BEHANDELING EN INTERVENTIES

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 28. (PROCES)DIAGNOSTIEK** Het team verricht (proces)diagnostiek om helder te krijgen wat er met de jongere en zijn systeem aan de hand is (krachten en problemen) en hoe zijn ontwikkeling verloopt. Beoordeel de volgende criteria: (1) het team heeft de mogelijkheid zelf uitgebreide diagnostiek en systeemonderzoek te verrichten; (2) de diagnostiek vindt plaats op verschillende levensdomeinen; (3) uit afspraken in behandelplannen blijkt dat (proces)diagnostiek wordt verricht; (4) alle cliënten worden gezien door een hoofdbehandelaar. | Er wordt geen (proces)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. |
| 29. MULTIDISCIPLINAIRE PRAKTISCHE ZORG* Het team biedt outreachende praktische begeleiding: (1) op het gebied van school/werk; (2) in het gezin/ bij familiecontacten; (3) naar instanties; (4) in de buurt/ bij (sport)verenigingen; (5) bij medicatiegebruik; (6) bij financiën en administratie. | Het team biedt op maximaal 1 van de 5 onderdelen outreachende praktische individuele begeleiding en besteedt de overige zaken uit. | Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 2-3 onderdelen en besteedt de overige zaken uit. | Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 4 onderdelen en besteedt de overige zaken uit. | Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 5 onderdelen en besteedt de overige zaken uit. | Het team biedt zelf outreachende praktische individuele begeleiding op alle 6 de onderdelen. |
| 30. ACTUEEL BEHANDELPLAN* Iedere cliënt heeft een cliëntendossier waarin een behandelplan van minder dan een half jaar oud is opgenomen. | Minder dan 60% van de cliënten heeft een actueel behandelplan minder dan een half jaar oud. | 60% - 69% | 70% - 79% | 80% - 89% | 90% of meer van de behandelplannen van de cliënten is minder dan een half jaar oud. |
| 31. CRISISINTERVENTIEPLAN IN EPD Elk(e) cliënt(systeem) heeft een eigen crisisinterventieplan in het EPD. | Minder dan 20% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan in het EPD. | 20-39% | 40-59% | 60-79% | 80% of meer van de cliënten heeft een crisisinterventieplan in het EPD. |

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|---|--|--|---|
| <p>32. PERSOONLIJKE ONTWIKKELINGS-/HERSTELDOELEN* In ieder behandelplan zijn persoonlijke ontwikkelings- / hersteldoelen benoemd op verschillende domeinen, in begrijpelijke taal en met aandacht voor behoeften, wensen en kwaliteiten van de cliënt.</p> | Minder dan 20% van de cliënten heeft een behandelplan waarin persoonlijke ontwikkelings- en hersteldoelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen. | 20-39% | 40-59% | 60-79% | 80% of meer van de cliënten heeft een behandelplan waarin persoonlijke ontwikkelings- en hersteldoelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen. |
| <p>33. KOPIE BEHANDELPLAN Iedere cliënt (bij 12-minners: iedere ouder) heeft een kopie van het behandelplan (cliënten die aangeven daar geen prijs op te stellen niet meegerekend).</p> | Minder dan 20% van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan. | 20-39% | 40-59% | 60-79% | 80% of meer van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan. |
| <p>34. MEDICATIEBELEID* Beoordeel de volgende criteria: (1) er wordt geprotocolleerd gewerkt; (2) door het jaar heen is er continu aandacht voor de werking en bijwerkingen van de medicatie; (3) er vinden evaluaties plaats met psychiater, cliënt en begeleider/verpleegkundige die aandacht heeft voor goede toepassing in de thuissituatie; (4) alle bij de cliënt betrokken medewerkers zijn goed op de hoogte van het medicatiegebruik en het wordt regelmatig in het team besproken met oog voor toepassing in verschillende levenssituaties.</p> | 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>35. PSYCHO-EDUCATIE* Het team biedt psycho-educatie voor cliënten, ouders/verzorgers en overige gezinsleden. De psycho-educatie sluit aan bij het ontwikkelingsniveau van het kind.</p> | Er wordt weinig aandacht besteed aan psycho-educatie. | Cliënten krijgen folders en/of worden verwezen naar de website, maar in gesprekken is er geen specifieke aandacht voor psycho-educatie. | In individuele gesprekken wordt psycho-educatie op maat geboden. | In individuele gesprekken wordt altijd psycho-educatie op maat geboden. Hierover zijn teamafspraken gemaakt. | In individuele gesprekken wordt altijd psycho-educatie op maat geboden. Hierover zijn teamafspraken gemaakt en er zijn diverse materialen voorhanden. |

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 36. SPECIALISTISCHE BEHANDELING* Het team biedt specialistische psychologische behandeling door daartoe gekwalificeerde medewerkers en daar wordt door cliënten gebruik van gemaakt. ³ (Systeeminterventies hier niet meerekenen). | Er is geen specialistische behandeling beschikbaar voor cliënten van het team. | Specialistische behandeling is op verwijzing beschikbaar, maar minder dan 20% van de cliënten maakt hiervan gebruik. | Specialistische behandeling is op verwijzing beschikbaar en minimaal 20% van de cliënten maakt hiervan gebruik. | Specialistische behandeling is binnen het team beschikbaar, maar minder dan 20% van de cliënten maakt hiervan gebruik. | Specialistische behandeling is binnen het team beschikbaar en minimaal 20% van de cliënten maakt hiervan gebruik. |
| 37. SYSTEEMINTERVENTIES* Het team biedt systeemtherapie en/of geprotocolleerde systeeminterventies, en daar wordt door cliënten gebruik van gemaakt. ⁴ | Deze interventies worden niet door het team geboden. | Deze interventies worden door het team geboden, maar minder dan 20% van de families maakt hiervan gebruik. | 20% - 29% van de families maakt gebruik van systeemtherapie of een geprotocolleerde systeeminterventie. | 30% - 39% van de families maakt gebruik van systeemtherapie of een geprotocolleerde systeeminterventie. | 40% of meer van de families maakt gebruik van systeemtherapie of een geprotocolleerde systeeminterventie. |
| 38. GEÏNTEGREERDE DUBBELE DIAGNOSE BEHANDELING* Het team (1) heeft een aanbod t.a.v. DD-clieñten; (2) heeft kennis van en past gedragsprincipes toe; (3) heeft geen absolute verwachting t.a.v. geheelonthouding en ondersteunt schadebeperking; (4) kent de fasen van gedragsverandering en behandeling en past deze toe (fasen en passende interventies zijn zichtbaar in behandelplan) en (5) is getraind in Motiverende Gespreksvoering. | Aan 0-1 van de criteria wordt voldaan. | Aan 2 criteria wordt voldaan. | Aan 3 criteria wordt voldaan. | Aan 4 criteria wordt voldaan. | Aan alle 5 criteria wordt voldaan. |
| 39. BEGELEIDING ONDERWIJS & ARBEIDSREHABILITATIE* Het team ondersteunt en begeleidt kinderen en jongeren bij het volgen van onderwijs en het vinden (en behouden) van werk. | Er is onvoldoende aandacht voor ondersteuning bij onderwijs EN arbeidsrehabilitatie voor cliënten van het team. | Cliënten worden voor begeleiding bij onderwijs en/of arbeidsrehabilitatie verwezen naar een andere instantie of organisatieonderdeel. | Cliënten worden voor begeleiding bij onderwijs en/of arbeidsrehabilitatie systematisch verwezen naar een andere instantie of organisatieonderdeel, waarmee nauwe samenwerkingsafspraken zijn gemaakt. | Cliënten worden begeleid bij het volgen van onderwijs en maken gebruik van arbeidsrehabilitatie aangeboden door het eigen team. | 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). |

³ Percentage van de totale caseload over de afgelopen 2 jaar.

⁴ Percentage van de totale caseload over de afgelopen 2 jaar.

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

ZORGORGANISATIE

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| 40. TOELATINGSPROCEDURE* Cliënten worden volgens een vaste procedure voor FACT zorg geïndiceerd, wat leidt tot weinig verkeerde indicaties. | Er zijn geen vaste criteria en er is geen procedure voor toelating tot FACT. | Er zijn vaste criteria of er is een procedure voor toelating tot FACT. | Er zijn duidelijke criteria en er is een procedure. Het aantal verkeerde indicaties is meer dan 10%. | Er zijn duidelijke criteria en er is een procedure. Het aantal verkeerde indicaties is 5-10%. | Er zijn duidelijke criteria en er is een procedure. Het aantal verkeerde indicaties is minder dan 5%. |
| 41. WACHTTIJD De wachttijd voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen is in het afgelopen jaar minder dan 1 maand geweest. | De wachttijd is langer dan 4 maanden. | <4 maanden | <3 maanden | <2 maanden | < 1 maand |
| 42. 24-UURS BEREIKBAARHEID EN CRISIS Beoordeel de volgende criteria: (1) binnen kantooruren is indien noodzakelijk (crisis) het team binnen 2 uur beschikbaar; (2) in geval van crisis buiten kantooruren zijn er goede (geprotocolleerde) afspraken met de crisisdienst; (3) cliënten kunnen 24 uur per dag met hun vragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener; (4) het crisis- /signaleringsplan is beschikbaar bij de crisisdienst. | 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 24 uurs crisisdienst. | 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. |
| 43. BEWAKEN VEILIGHEID** Het team bewaakt de veiligheid. Hierbij gaat het om: suïcide risico, verwaarlozing, agressie (naar cliënt en door cliënt) of anders (bv. automutilatie, zwak milieu, uitbuiting). Beoordeel de volgende criteria: (1) programma heeft volledige crisisprotocollen en – procedures; (2) veiligheidssituatie wordt ingeschat bij jeugd en familie; (3) familie is volledig participant in bewaken van veiligheid; verantwoordelijkheden in crisis-stabilisatie zijn helder afgestemd; (4) crisis-/veiligheidsplannen richten zich op aanwezige natuurlijke hulpbronnen en vertrouwen niet exclusief op de professionele hulp. | Het team besteedt weinig aandacht aan bewaking van de veiligheid. Aan geen van de criteria wordt voldaan. | Aan 1 criterium wordt voldaan. | Aan 2 criteria wordt voldaan. | Aan 3 criteria wordt voldaan. | Het team bewaakt zorgvuldig de veiligheid. Aan alle 4 criteria wordt voldaan. |

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|--|--|--|---|
| 44. VERANTWOORDELIJKHEID BIJ OPNAME Het team heeft het initiatief bij klinische opnames. | 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. |
| 45. BED OP RECEPT Het team kan voor haar cliënten makkelijk gebruik maken van een BOR-regeling. | Het team kan geen gebruik maken van een BOR-regeling. | | Het team kan sporadisch gebruik maken van een BOR-regeling. | | Het team kan te allen tijde gebruik maken van een BOR-regeling. |
| 46. BEZOEK BIJ OPNAME* Als cliënten van het FACT team zijn opgenomen, worden zij frequent bezocht door het team. Daarnaast is er contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen. | Cliënten worden tijdens opname niet bezocht door teamleden en er is geen contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen. | Cliënten worden tijdens opname incidenteel bezocht door teamleden en/of er is contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen. | Cliënten worden tijdens opname gemiddeld eens per 2-4 weken bezocht door teamleden. Evt. is er daarnaast contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen. | Cliënten worden tijdens opname gemiddeld minstens eens per week bezocht door teamleden. Er is geen contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen. | Cliënten worden tijdens opname gemiddeld minstens eens per week bezocht door teamleden. Daarnaast is er contact via telefoon en moderne communicatiemiddelen. |
| 47. BETROKKENHEID BIJ PLANNING VAN ONTSLAG* 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. ≥85% van het ontslag van cliënten gebeurt in afstemming met het team en familieleden. |
| 48. GELEIDELIJKE OVERDRACHT* Als een cliënt de maximale leeftijd heeft bereikt voor FACT Jeugd of terugkan naar reguliere zorg, moet het FACT-team hem begeleiden naar de juiste vervolgplek en zorgen voor een geleidelijke overdracht. Het team houdt de eerste maanden na de overgang een vinger aan de pols. | Bij <50% van de cliënten die zijn uitgeschreven, is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd. | Bij 50%-64% van de cliënten die zijn uitgeschreven, is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd. | Bij 65%-79% van de cliënten die zijn uitgeschreven, is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd. | Bij 80%-94% van de cliënten die zijn uitgeschreven, is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd. | Bij 95% of meer van de cliënten die zijn uitgeschreven, is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd. |
| 49. EVALUATIE UITSCHRIJVEN** Bij 'stabiele' cliënten wordt regelmatig geëvalueerd of de cliënt nog FACT-zorg nodig heeft. | Cliënten worden zo lang mogelijk in zorg gehouden. Incidenteel wordt geëvalueerd of een cliënt nog FACT-zorg nodig heeft. | Er wordt niet standaard periodiek geëvalueerd of nog FACT-zorg nodig is, maar teamleden brengen soms wel iemand in die mogelijk uitgeschreven kan worden. | Standaard wordt voor elke cliënt jaarlijks geëvalueerd door het team of FACT-zorg nog nodig is. | Standaard wordt voor elke cliënt minstens halfjaarlijks geëvalueerd door het team of FACT-zorg nog nodig is. | Standaard wordt voor elke cliënt minstens halfjaarlijks geëvalueerd door het team, de cliënt en naastbetrokkenen of FACT-zorg nog nodig is. |

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|--|--|--|--|
| 50. GEEN DROP-OUT* Het team behoudt het contact met de cliënten en beëindigt de zorg nooit op negatieve gronden. (Tel het aantal verhuizingen zonder verwijzing en het aantal keer dat het dossier werd gesloten omdat cliënt hulp weigerde of onvindbaar was). | Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Soms werd het contact actief door het team beëindigd op negatieve gronden. | Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd door het team, desondanks is in het afgelopen jaar >10% uit zorg verdwenen. | Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd door het team, desondanks is in het afgelopen jaar 8-10% uit zorg verdwenen. | Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd door het team, desondanks is in het afgelopen jaar 3-7% uit zorg verdwenen. | Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd door het team, in het afgelopen jaar is niet meer dan 2% uit zorg verdwenen. |
| MAATSCHAPPELIJKE ZORG | | | | | |
| 51. OUTREACHEND* Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving; meer dan 70% van de face-to-face contacten vindt plaats buiten de instelling (excl. psychiater / psycholoog) | Minder dan 25% van de f-t-f contacten buiten het eigen kantoor. | 25% - 39% | 40% - 54% | 55% - 69% | 70% of meer van de totale f-t-f contacten buiten het eigen kantoor. |
| 52. CONTACT EXTERNE PARTNERS* Het team heeft actieve, structurele contacten met de volgende organisaties: (1) scholen, (2) gemeente, (3) jongerenloket, (4) leerplichtambtenaar, (5) schuldhulpverlening, (6) CJG, (7) Bureau Jeugdzorg, (8) wijkagent, (9) andere jeugdzorginstellingen, (10) volwassenpsychiatrie (voor de ouders), (11) (begeleid) woonprojecten, (12) buurtwerkers/straatcoaches, (13) werk-leerbedrijven. | Het team heeft contactpersonen bij minder dan 6 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 10-11 van deze organisaties. | Het team heeft contactpersonen bij 12-13 van deze organisaties. |
| 53. CONTACT MET HET FORMELE STEUNSYSTEEM** Op cliëntniveau heeft het team contacten met de betrokken instanties rond de cliënt, zoals school, gemeente, BJZ, wijkagent en buurtwerkers. | Bij minder dan 20% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> contact met het formele steunsysteem geweest. | Bij 20%-39% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> contact met het formele steunsysteem geweest. | Bij 40%-59% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> contact met het formele steunsysteem geweest. | Bij 60%-79% van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> contact met het formele steunsysteem geweest. | Bij 80% of meer van de cliënten is in de <u>afgelopen maand</u> contact met het formele steunsysteem geweest. |
| 54. ONDERSTEUNING VAN HET INFORMELE STEUNSYSTEEM t.t.v. INTENSIEVE ZORG* Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning voor het sociale netwerk van de cliënt. | Bij minder dan 20% van de intensieve cliënten heeft in de <u>afgelopen week</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 20%-39% van de intensieve cliënten heeft in de <u>afgelopen week</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 40%-59% van de intensieve cliënten heeft in de <u>afgelopen week</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 60%-79% van de intensieve cliënten heeft in de <u>afgelopen week</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 80% of meer van de intensieve cliënten heeft in de <u>afgelopen week</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. |

| criterium | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|--|--|--|--|
| 55. ONDERSTEUNING VAN HET INFORMELE STEUNSYSTEEM t.t.v. MINDER INTENSIEVE ZORG* Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning voor het sociale netwerk van de cliënt. | Bij minder dan 20% van de cliënten heeft in de <u>afgelopen maand</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 20%-39% van de cliënten heeft in de <u>afgelopen maand</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 40%-59% van de cliënten heeft in de <u>afgelopen maand</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 60%-79% van de cliënten heeft in de <u>afgelopen maand</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. | Bij 80% of meer van de cliënten heeft in de <u>afgelopen maand</u> ondersteuning van het sociale netwerk plaatsgevonden. |

MONITORING

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 56. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): INHOUD* 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, dagelijks functioneren 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 de ernst van de problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven meet. | Het team neemt bij 20-39% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten de ernst van de problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven meet. | Het team neemt bij 40-59% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten de ernst van de problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven meet. | Het team neemt bij 60-79% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten de ernst van de problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven meet. | Het team neemt bij ≥80% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten de ernst van de problematiek, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven meet. |
| 57. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): GEBRUIK 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. |
| 58. 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 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 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 herkenbaar. |

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

PROFESSIONALISERING

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| 59. REFLECTIE EIGEN HANDELEN* Elk teamlid heeft minstens tien 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 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. |
| 60. SCHOLING FACT EN GERELATEERDE ONDERWERPEN* Alle teamleden ontvangen jaarlijks een interne of externe (bij)scholing in FACT en FACT JEUGD gerelateerde onderwerpen (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 FACT JEUGD gerelateerde onderwerpen. | 20-39% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT en FACT JEUGD gerelateerde onderwerpen. | 40-59% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT en FACT JEUGD gerelateerde onderwerpen. | 60-79% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT en FACT JEUGD gerelateerde onderwerpen. | ≥80% van de FACT-teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT en FACT JEUGD gerelateerde onderwerpen. |
| 61. STRUCTURELE AANDACHT VOOR ONTWIKKELING EN EMPOWERMENT* Het team heeft structureel oog voor ontwikkeling en empowerment van de cliënt (en het gezin). Dit blijkt uit: (1) de bordbespreking; (2) de doelen in de behandelplannen (eigen krachten zijn terug te vinden in >70% van de plannen); (3) concrete acties op cliëntniveau (dit blijkt uit voorbeelden van minstens vijf willekeurige cliënten); (4) specifieke interventies die worden ingezet. | Aan geen van de criteria wordt voldaan. | 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. |
| 62. TEAMGEEST* Scoor de volgende onderdelen: (1) sfeer in het team (plezierig, hartelijk); (2) cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid); (3) gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team); (4) innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht); (5) veiligheid (zorg dragen voor elkaars veiligheid); (6) opbouwend kritisch (elkaar feedback durven geven); (7) 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. |